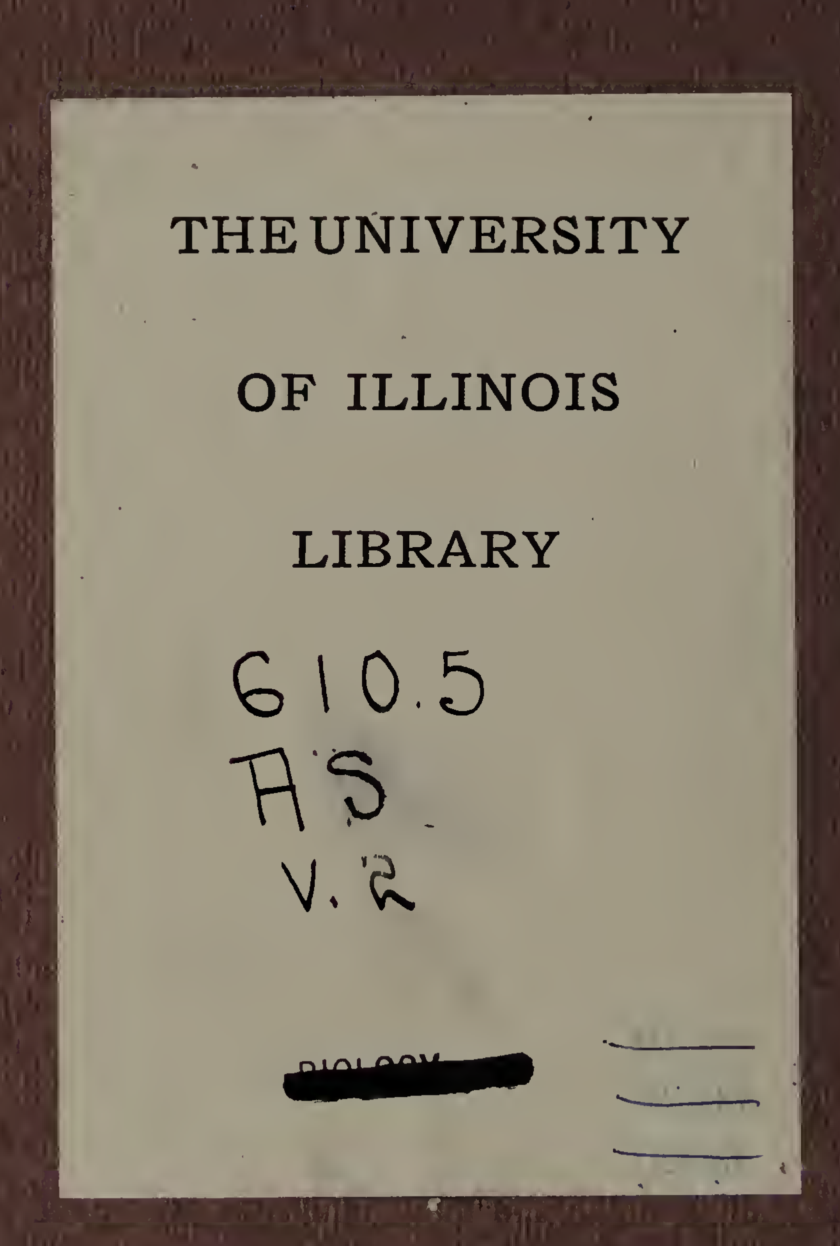


ZEITSCHRIFT

FÜR

SOZIALE MEDIZIN

MEDIZINALSTATISTIK, ARBEITERVERSICHERUNG, SOZIALE HYGIENE UND DIE GRENZFRAGEN DER MEDIZIN UND VOLKSWIRTSCHAFT.

HERAUSGEGEBEN VON

A. GROTJAHN UND F. KRIEGEL
Dr. med. Dr. phil.

ZWEITER BAND.



LEIPZIG.
VERLAG VON F. C. W. VOGEL.
1907.

Inhaltsverzeichnis des zweiten Bandes.

Erstes Heft.

Zweites Heft.

Drittes Heft.

Viertes Heft.

Myl.

Umschau.

Berlin, den 1. Dezember 1906.

Die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene sind lebhaft daran interessiert, daß das ärztliche Element nicht nur durch die gewiß recht wichtige, aber doch nur sekundäre Gutachtertätigkeit die staatlichen und städtischen Behörden beeinflußt. sondern diese Behörden auch mit eigenen Standesgenossen durchsetzt und so unmittelbar an Legislative und Verwaltung sich beteiligt. Die letzten Monate brachten beachtungswerte Fortschritte nach dieser Richtung hin. In Köln ist P. Krautwig zum städtischen Beigeordneten und in Charlottenburg A. Gottstein zum Stadtrat erwählt worden. Auch die Ernennung von P. Pollitz, den bisherigen Arzt der Irrenanstalt der Strafabteilung in Münster, zum Direktor der königlichen Strafanstalt zu Düsseldorf muß in diesem Zusammenhange freudig begrüßt werden. Hoffentlich werden nun die Ärzte auch mehr als bisher in die deutschen Volksvertretungen gelangen. In dieser Beziehung ist uns Frankreich erheblich voraus. Sitzen doch im französischen Parlamente mehr als 60 Ärzte und war doch der jetzige Ministerpräsident Clemenceau Arzt, ehe er seine erfolgreiche Laufbahn als Journalist und Parlamentarier begann. Diese medizinische Provenienz bekundete jetzt Clemenceau dadurch, daß er bei der Bildung seines Kabinetts ein Ministerium für Arbeit und Hygiene unter Leitung von Viviani ins Leben rief, dem er bezeichnenderweise die Vorbereitung für die geplante Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung übertrug.

Den Betrachtungen in der Umschau des vorigen Heftes über die Ausbeute, die die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene aus den zahlreichen Kongressen dieses Jahres davongetragen haben, mögen noch einige Bemerkungen zugefügt werden. Die internationale diplomatische Arbeiterschutzkonferenz, die vom 17.—26. Sept. in Bern tagte, hat das wichtige Ergebnis gezeitigt,

daß sieben Staaten, nämlich Deutschland, Frankreich, Italien, Dänemark, Luxemburg, Holland und die Schweiz die Konvention betreffend das Verbot des weißen (gelben) Phosphors in der Zündholzindustrie unterzeichnet haben und daß außer diesen sieben Staaten auch England, Österreich-Ungarn, Belgien, Portugal, Spanien und Schweden auch der Konvention betreffend das Verbot der industriellen Nachtarbeit der Frauen beigetreten sind. Die internationale Vereinigung für internationalen Arbeiterschutz, die vom 27.—29. September ihre 4. Generalversammlung in Genf abhielt, beschäftigte sich unter anderem mit den gewerblichen Giften; das ärztliche Element war auf dieser Tagung numerisch leider sehr schwach, glücklicherweise aber sehr sachverständig durch Sommerfeld (Berlin) und Teleky (Wien) vertreten. Vom 21.—25. September fand die 5. Jahresversammlung des Vereins für Volkshygiene in Metz statt. Diese Veranstaltung, die in früheren Jahren eine bedenkliche Neigung zur Bagatellhygiene verriet, erhob sich dieses Mal in dem Vortrage von Mathes (Metz) über die „Wohnungsnot“ zu einer beachtenswerten sozialpolitischen Höhe. Dagegen zeigte die 31. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, die am 12. September in Augsburg ihre Sitzungen begann, noch stärker die greisenhaften Züge, die diese ehemals so bedeutsame Veranstaltung in den letzten Jahren leider angenommen hat. Vom 1.—4. Oktober tagte in Berlin ein Kongreß für Kinderforschung, an dem Ärzte und Lehrer sich zu gemeinsamer Arbeit zusammenfanden. Unter den zahlreichen Vorträgen verdienen wohl die Mitteilungen des Berliner Schularztes Bernhard über den unzureichenden Schlaf der Berliner Gemeindeschüler die größte Beachtung.

Die Medizinalstatistik, die jahrzehntelang unter den medizinischen Disziplinen eine Aschenbrödelstellung eingenommen hat, dokumentiert ihre von Jahr zu Jahr steigende Bedeutung augenblicklich durch das Erscheinen eines Handbuches der medizinischen Statistik[1]) von F. Prinzing, das noch an anderer Stelle dieser Zeitschrift eine eingehende Besprechung finden wird. Die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene haben natürlich das größte Interesse daran, daß der Sinn für Zahlen- und Massenbeobachtung unter den Ärzten geweckt wird und begrüßen deshalb das Erscheinen dieses Buches mit besonderer Freude. A. Grotjahn.

---

[1]) Jena. G. Fischer. 553 S.

Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele.

Von Dr. med. Adolf Gottstein, Charlottenburg.

Einleitung.

Die „Soziale Hygiene“ ist, wie die geschichtliche Betrachtung lehrt,[1] die geradlinige Fortsetzung jener ersten Periode der Gesundheitswissenschaft, deren Anfänge bis zum Beginn des neunzehnten Jahrhunderts zurückreichen und die etwa bis zu dessen Mitte gerechnet werden kann. Die Kontinuität der Entwicklung wurde dann für mehrere Jahrzehnte dadurch unterbrochen, daß die zwei noch heute maßgebenden Richtungen der Hygiene, die physiologische und die mikroparasitäre Schule, entstanden. Ebenso die Wichtigkeit der Probleme wie die Schöpferkraft der Persönlichkeiten, welche der Forschung die neuen Bahnen wiesen, bewirkten die Abweichung von dem ursprünglich eingeschlagenen Wege. Gegenwärtig verlangen wieder eine Reihe von Umständen eine eingehendere Beschäftigung mit den Grenzgebieten zwischen Gesundheitslehre und Nationalökonomie, vor allem aber ein genaueres Studium des Einflusses, welchen gesellschaftliche Vorgänge auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und ihrer einzelnen Gruppen ausüben. Die Bewegung für die Erweiterung unserer Aufgaben in dieser Richtung befindet sich erst in ihrem Beginn; ihre Anhänger finden sich unter dem Schlagwort der „Sozialen Hygiene“ und der „Sozialen Medizin“ zusammen. Die Energie dieser Bewegung ist aber eine so große, daß sie schon frühzeitig beachtenswerten Widerständen begegnet.

---

[1] A. Gottstein, Geschichte der Hygiene des XIX. Jahrhunderts. Berlin 1901, F. Schneider.

So benutzte der Berliner Hygieniker Max Rubner in seiner „Rede, gehalten zur Eröffnung des neuen hygienischen Instituts zu Berlin“,[1]) den sich ihm bietenden Anlaß, um in ausführlichen Worten seine Stellung als Forscher, Lehrer und Anstaltsleiter zur „Sozialen Hygiene“ zu begründen. Er lehnt die „moderne Propaganda“ für die Soziale Hygiene und deren Ziel, die Schaffung einer neuen Disziplin, trotz voller Würdigung des sozialen Momentes in der Gesundheitslehre ab; denn die heute geltende Zweiteilung der offiziellen hygienischen Wissenschaft in öffentliche und private Gesundheitspflege sei erschöpfend genug, um berechtigte neue Forderungen mit zu umfassen; durch die verschiedenen Neugestaltungen der menschlichen Gesellschaft werde allerdings die Aufstellung neuer Probleme beeinflußt; aber deren Lösung fiele durchaus in das Bereich der Methodik, welcher die experimentelle Hygiene sich schon längst bediene; die Soziale Hygiene sei daher „nichts von der hygienischen Wissenschaft Abtrennbares“.

Neben dieser positiven Aussage bringt dann Rubner noch drei kritische Einwände gegen die moderne Propaganda für eine selbständige Soziale Hygiene. Erstens führt er Klage über den Mißbrauch des Schlagwortes „sozial“; was heute als Inhalt einer neuen sozialen Disziplin vorgebracht werde, sei weiter nichts als ein Versuch, das längst vorhandene Material unter diesem Titel anders zu gruppieren; er vermißt zweitens eine klare Definition der neuen Aufgaben; alle Verwaschenheit und Unklarheit aber pflege mit einem Mißerfolg zu enden. Drittens bestreitet Rubner das Recht, überhaupt von einer neuen noch nie dagewesenen Disziplin zu reden, denn schon das erste Handbuch der Hygiene von Pettenkofer und Ziemssen aus dem Jahre 1882 habe den Stoff in individuelle, soziale Hygiene und Infektionskrankheiten eingeteilt. Die an sich erwünschte Anlehnung der Hygiene an die Nationalökonomie sei ebenfalls keine neue Forderung; denn schon Pettenkofer habe, wie vor ihm z. B. Lorenz von Stein, die Verwandtschaft stets betont; humanitäre Gesinnung sei überdies von jeher eine Triebfeder der Hygiene gewesen; eine vorsichtige Respektierung der Wissensgrenzen von Hygiene und Nationalökonomie sei schließlich ebenso wie die Vermeidung von Exkursionen in das andere befreundete Gebiet notwendig.

Rubner's Richtspruch gegen die Vorkämpfer einer neuen Disziplin lautet also: Keine neuen Probleme, keine selbständigen

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 19 u. 20.

Methoden, kein Grund, wegen Überlastung oder mangelnden Interesses der vorhandenen Lehrinstitute neue Arbeitsstätten zu suchen.

Gegen diese Ausführungen läßt sich eine Reihe von Gegengründen geltend machen. Zunächst ein persönlicher. Das Forschungsgebiet eines Mannes wie Rubner ist ein ganz ungewöhnlich großes; die Aufzählung seiner Leistungen und die Hervorhebung aller seiner Verdienste, so aufrichtig sie auch gemeint ist, im Rahmen einer rein sachlichen Diskussion, würde zu leicht mißdeutet werden können, um nicht besser zu unterbleiben. Rubner hat es vermocht, seinen experimentellen Entdeckungen zahlreiche gleichwertige Arbeiten aus dem Gebiete der Sozialen Hygiene anzureihen, wie seine Mitteilungen über „Luftfeuchtigkeit in Wohnräumen“ seine „Betrachtungen über Krankenhaushygiene“, vor allem aber seine Rede über „Prophylaxe der Wohn- und Arbeitsräume und des Verkehrs“ auf dem Internationalen Tuberkulosekongreß 1899 beweisen. Er hat ferner in der Einleitung zu seinem „Lehrbuch der Hygiene“ höchst wichtige und gedankenreiche methodologische Fragen zum Begriff der Gesundheit angeregt und deren Behandlung angedeutet, Fragen, deren Bearbeitung durchaus in das Gebiet der Sozialen Hygiene fällt. Rubner ist schließlich im Begriff, für seine Person die Zusage zu lösen, die er in der vorliegenden Rede gab, nämlich eine Reihe hygienischer Fragen mit sozialer Sonderfärbung der experimentellen Behandlung zugänglich zu machen. Aber Rubner's Vielseitigkeit, die ihn befähigt, der biologischen und Sozialen Hygiene gleichmäßig gerecht zu werden, ist nur wenigen Forschern gegeben. Wer wie der Verfasser dieses Aufsatzes ein Anhänger von Ferdinand Hueppe ist, der darf mit besonderer Befriedigung hervorheben, daß dessen Auffassung in zahlreichen Einzelarbeiten und in seinem Lehrbuch der Hygiene stets seinem Satze entspricht: „Die Hygiene wird Soziale Hygiene sein oder sie wird nicht sein.“ Außer Rubner und Hueppe jedoch haben von deutschen lebenden Universitätslehrern der Hygiene nur gelegentlich Max Gruber in München, Prausnitz in Graz, Lehmann in Würzburg, M. Neißer in Frankfurt a. M. und W. Kruse in Bonn sozialhygienische Probleme behandelt; in den Arbeitsstätten der anderen lebenden deutschen Lehrer der Gesundheitslehre aber hat die Soziale Hygiene weder ein Arbeitsfeld noch nennenswertes Interesse gefunden. Mit dieser persönlichen Erörterung erledigt sich zugleich der Einwand Rubner's, daß die Soziale Hygiene Spielraum zur Betätigung an den schon heute bestehenden Forschungsstätten fände.

Von den drei sachlichen Einwänden Rubner's soll der erste, daß die sozialhygienischen Bestrebungen nichts Neues seien, später behandelt und dort soll zugleich untersucht werden, inwieweit wirklich gerade der Humanitätstrieb und nicht vielmehr ganz andere Gesichtspunkte den Urquell für die wissenschaftliche Behandlung dieses Sonderzweiges bedeuten. Der zweite Grund von Rubner, der in seinem Aufsatze dem Sinne nach enthalten ist, daß nämlich die Soziale Hygiene wegen Mangels eigener Methoden und wegen Zureichens der Methoden ihrer Mutterdisziplin keinen Anspruch auf Selbständigkeit habe, erinnert doch zu sehr an die gleichen Einwände, die vor mehr als 20 Jahren gemacht wurden, als diese Mutterwissenschaft selbst sich ihr erstes eigenes Heim in Preußen gründen wollte. Rubner erwähnt ja auch im Anfang seiner Rede jene denkwürdigen Verhandlungen im preußischen Abgeordnetenhause vom 1. Februar 1884, in denen Virchow sagte, daß die Hygiene wie die gerichtliche Medizin angewandte Wissenschaften seien, welche weder selbständige Methoden noch selbständige Objekte der Untersuchung besäßen. Virchow bestritt damals bekanntlich das Bedürfnis sowohl für besondere Vorlesungen über Hygiene wie für die Errichtung eigener Institute als Forschungsstätten.

Was schließlich den letzten Vorwurf der Verwaschenheit und Unklarheit bei der Umgrenzung der Aufgaben der neuen Disziplin betrifft, so könnte hier ein bloßer Dialektiker sogar einen Vorzug herausrechnen. Er könnte anführen, daß bei einer induktiven, in steter Entwicklung befindlichen Wissenschaft die Festnagelung auf eine Definition nur störend und darum überflüssig ist; daß Schlagworte für den Schüler nützlich sein mögen, aber den Forscher noch stets gehindert und den Gang der Entwicklung nur verzögert haben. Man könnte aus den gangbaren Lehrbüchern der Hygiene die einzelnen, nicht immer glücklichen Versuche einer Definition dieser Disziplin aufzählen und dadurch beweisen, daß auch die Hygiene trotz verwaschener und unklarer Definitionen zur Blüte gelangt ist. Man könnte schließlich an die Worte von Pettenkofer in der Einleitung zu seinem Handbuch erinnern, nach denen „die Gegenstände der Hygiene sich stetig ändern müssen, so daß manches, was eine Zeitlang für richtig gehalten wird, mit der Zeit hinfällig wird", und an die dem Sinne nach gleichen Worte von Rubner selbst in der Einleitung zu seinem Lehrbuch, daß die Hygiene keine Wissenschaft von stetem Arbeitsgebiete sei. Mit der Anerkennung dieser Tatsache fiele aber auch die Pflicht fort, ein neues Sondergebiet durch eine präzise Definition zu um-

grenzen. Die Tatsache, daß gegenwärtig neue Formen der Gesellschaft neue Probleme erstehen lassen, hat ja Rubner selbst hervorgehoben.

Indes der Kampf mit Gründen und Gegengründen, der am Ende darauf hinauskommt, ob das Wort „Soziale Hygiene“ glücklich gewählt ist oder nicht, ist eben ein Wortstreit und darum belanglos. Ich selbst halte den Ausdruck nicht für erschöpfend, indes er ist einmal eingebürgert. Übrigens ist das deutsche von A. Ploetz gewählte Wort „Gesellschaftshygiene“ kaum glücklicher geprägt. Die Hauptsache bleibt immer, ob das Wort einen Inhalt deckt. Eine Reihe von Ärzten, zu denen sich der Verfasser rechnet, behaupten, daß die Schaffung einer solchen Sonderdisziplin die notwendige Folge dringend gewordener Probleme sei, daß deren Behandlung keinen Raum im Bereich der Mutterwissenschaft mehr findet und daß aus diesem Grunde der Anspruch auf Selbständigkeit als Spezialwissenschaft entsteht. Es ist an uns, den Beweis für unsere Behauptung zu erbringen. Rubner hat deren Zutreffen bestritten; es mußte daher vor Antritt dieses Beweises auf seine Darstellung ausführlich Bezug genommen werden. Rubner's Rede war für mich zugleich auch der willkommene Anlaß, unsere Aufgaben und Methoden einmal öffentlich ausführlicher darzustellen.

Es gewährt mir eine besondere Befriedigung, hierbei vielfach Beweisgründe gerade aus den Arbeiten von Rubner schöpfen zu können, der durch seine Rede scheinbar ein Gegner unserer Ziele, durch seine Untersuchungen aber einer ihrer Förderer wurde.

I.

Die Grundlagen der Hygiene und der Sozialen Hygiene.

Die Entstehung einer Sonderwissenschaft und ihre Abspaltung von ihrer Mutterdisziplin geschieht vornehmlich aus drei Gründen. Entweder eröffnet ein genialer Forscher durch schöpferische Ideen und deren Durchführung der Wissenschaft ganz neue Bahnen; er allein erschließt ein Gebiet der Erkenntnis, das dann einer ganzen Schar von Schülern Arbeit für Lebenszeit gibt; oder eine bestimmte Entdeckung ermöglicht die Überschreitung bisher unzugänglicher Grenzen; die neuen Methoden, die sich so ausgiebig erweisen, erfordern zugleich die Einübung einer besonderen Fertigkeit, und so entwickelt sich die Spezialität, welche die Erlernung einer eigenen instrumentellen Technik zur Voraussetzung hat. Für diesen Ur-

sprung eines Sonderzweiges bieten gerade einige praktische Teile der Medizin gute Beispiele; es sei nur der Erfindung des Augenspiegels, der Beleuchtungsapparate für Körperhöhlen und der Entdeckung der Röntgenstrahlen gedacht. Schließlich kann eine Spezialwissenschaft sich von ihrer Mutterwissenschaft auch ohne eigene Probleme und Methoden lediglich deshalb abspalten, weil ihr Umfang ein so großer geworden, die Zahl und die Leistungen der sich mit besonderer Vorliebe ihr widmenden Forscher so angestiegen sind, und schließlich ihre praktische Bedeutung als Gegenstand des Forschens und Lehrens eine solche Höhe erreicht hat, daß sie allein hierdurch schon das Anrecht auf Selbständigkeit erwirkt. So wurden die Nervenheilkunde und die Kinderheilkunde Spezialwissenschaften. Natürlich können für die Abspaltung eines Sonderzweiges alle drei Ursachen gleichzeitig bestimmend werden und dies trifft für die Hygiene zu. Wichtige Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege wurden schon von den ältesten Kulturvölkern aufgestellt und oft erfolgreich gelöst. Hygienische Lehren wurden schon am Ende des 18. und in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Systeme gebracht und gerade Rubner hat vor kurzem die Verdienste einiger Vorgänger der heutigen Forschung wieder gewürdigt. Aber diese Vorgeschichte genügte noch nicht, um der hygienischen Forschung das Recht auf Selbständigkeit zu sichern. Erst die Persönlichkeit Pettenkofer's, der sich ein eigenes Arbeitsgebiet der individuellen Gesundheitslehre auf dem Boden naturwissenschaftlicher Technik schuf und es so groß erschloß, daß er eine eigene bedeutende Schule gründen konnte, erst die Erfindung der mikrobiologischen Technik, die sich vornehmlich an die Namen von Pasteur und Koch knüpft, verliehen den beiden, noch heute nebeneinandergehenden Richtungen der modernen Hygiene die Macht, sich trotz der bekannten Einsprüche die Selbständigkeit in Forschung und Lehre zu sichern und allmählich in weiterer Ausgestaltung eine herrschende Stellung im Gesamtgebiet der Medizin zu gewinnen. Aber wahrscheinlich hätte die moderne Hygiene trotz der hervorragenden Bedeutung der Schöpfer ihrer Hauptrichtungen, trotz der Fülle der Forschungsergebnisse, diese Vorherrschaft auf die Dauer nicht behaupten können, wenn nicht alle ihre Aufgaben und Ziele auf einer eigenen Grundidee sich aufgebaut hätten, die wesentlich verschieden ist von der Grundidee der Heilkunde in engerem Sinne. Wir sind uns allerdings heute darüber einig, daß die Hygiene ein Zweig der gesamten Heilkunde ist und bleiben muß. Diese Anschauung hat nicht durchweg be-

standen. Für Pettenkofer ist z. B. die Hygiene „die Kenntnis der gegebenen äußeren Umstände, unter welchen Gesunde leben, und jener Einrichtungen, welche das dauernde Wohlbefinden der Menschen bedingen und bezwecken“. In Verfolgung dieser Idee erklärte Pettenkofer die Hygiene nicht für ein ausschließliches Besitztum des Arztes, sondern ebenso sehr des Ingenieurs und Architekten und schließlich auch des Verwaltungsbeamten. Aber „die Störungen in der gesundheitlichen Harmonie der Funktionen des Organismus“, um die Pettenkofer'sche Definition der Krankheit aufzunehmen, bilden eben das Maß für die Einwirkung der Umwelt auf den menschlichen Organismus, deren Studium den Inhalt der Hygiene ausmacht. Und selbst wenn man mit Rubner als deren fundamentale Aufgabe nicht bloß die Erhaltung, sondern auch die Mehrung der Gesundheit hinstellt, so kann kein experimentierender Hygieniker bei seinen Versuchen auf die Funktionsstörung als Maß für die Grenzen des Anpassungsvermögens an äußere Bedingungen, also auf die Heranziehung von Physiologie und Pathologie verzichten. In den Versuchen einer Definition der Aufgaben der Hygiene greifen daher alle Forscher mehr oder weniger ausgesprochen auf die krankhaften Zustände zurück, und auch Rubner bringt das in der oben angeführten Rede noch schärfer als in seinem Lehrbuch zum Ausdruck, wenn er über die Grenzen der Gesundheit spricht. Die Hygiene bleibt also ein Teil der Heilkunde, weil die krankhaften Vorgänge das Maß für die Feststellung der Gesundheit bilden. Aber ihre Grundauffassung in der Stellung zum Objekt ist trotz ihrer Zugehörigkeit ganz und gar verschieden von der des Arztes. Wenn Rubner vom Humanitätstrieb als dem Urquell der Hygiene spricht, so gilt dies Wort lediglich für den Arzt; wäre dieser Grundgedanke aber der allein leitende geblieben, so wäre niemals eine hygienische Sonderwissenschaft entstanden. Im Gegenteil, die Triebfeder vieler Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitspflege ist der berechtigte Egoismus der durch die Krankheit Anderer Gefährdeten. Die Errichtung der Leproserien im Mittelalter und die erste moderne hygienische Großtat der Neuzeit, die Kuhpockenimpfung, hatten mit Mitleid für die Erkrankten gar nichts zu tun; sie bezweckten den Schutz der Gesunden, die durch jene bedroht waren. Die Aufgaben der Städtereinigung, der Kanalisation und Wasserversorgung wurden gestellt und gelöst, weil die Cholera drohte, nicht aus Mitleid für die Leiden der Erkrankten, sondern um die außerordentlich schweren wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gefahren, die den Bewohnern

eines großen Gemeinwesens durch das Zusammengepferchtsein mit gefährdeten Elementen erwuchsen, zu vermindern. Unsere ganze seither fortgebildete Seuchenprophylaxe hat keine anderen Grundideen. Auch die weitere Entwicklung unserer Gewerbehygiene, die an die Errichtung der sog. sozialen Versicherungsgesetze anknüpft, geht von der Grundidee aus, die Lasten, die der gesamten Gesellschaft durch die Schädigung einzelnen Gruppen erstehen, auf alle zu verteilen und so vermindern. Das gleiche gilt für die Bestrebungen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene und der Bekämpfung der Tuberkulose- und Säuglingssterblichkeit. Ja, die Hygiene verzichtet in der Verfolgung ihrer berechtigten Forderungen gelegentlich einmal nicht darauf, im Einzelfalle geradezu inhuman und mitleidslos vorzugehen, wenn sie Zwangsmaßnahmen fordert, die den einzelnen hart treffen, wofern sie nur im Interesse der Gesamtheit unerläßlich erscheinen. Im übrigen findet sich sogar diese gewiß soziale Idee von dem staatlichen Zwang als dem kleineren Übel schon bei J. P. Frank. Die Aufgabe des Individualtherapeuten wiederum ist die Herabsetzung der Letalität der Erkrankten oder die Milderung ihrer Leiden bei geschwundener Aussicht auf Heilung; hier ist Mitleid am Platze selbst gegenüber Menschen, die sonst auf solches kein Anrecht haben; hier ist Verlängerung des Lebens die Aufgabe, selbst wenn dies Leben dem Betroffenen, seiner Umgebung und der Gesellschaft unnütz, lästig oder gar schädlich sein sollte. Umgekehrt hat der Hygieniker die Pflicht, die Frage wenigstens zu erörtern, ob die Ausdehnung der Schutzmaßregeln bis unter die Grenze der durchschnittlichen Widerstandskraft durch Verweichlichung nicht der mittleren Gesundheit sogar schädlich werden, ob übel angebrachtes Mitleid gegenüber einer großen Gruppe Minderwertiger nicht das Gegenteil des Erstrebten bewirken könnte. Das Betätigungsobjekt des Individualtherapeuten ist das abnorme Individuum, dasjenige des Hygienikers der gesunde Durchschnittsmensch, dessen Gesundheitswert sich aus der Massenbeobachtung ergibt. Der leitende Grundgedanke des hygienischen Tuns ist in der Tat in vielen Fällen ein sozialer, der Schutz der Gesellschaft gegen die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gefahren, die durch das Zusammenleben mit stärker gefährdeten Einzelgruppen für die Gesamtheit entstehen. Und darum hat Rubner unbestreitbar recht, daß, wenn man willkürlich diesen Grundgedanken in den Vordergrund stellt, man beliebig alle Zweige der Gesundheitslehre für die Soziale Hygiene beanspruchen kann, daß aber dieser Gedanke schon längst Eigentum aller führen-

den Hygieniker war. Man könnte die geschichtlichen Beispiele, die Rubner anführt, leicht vervielfältigen, vor allem aus Pettenkofer's Schriften die Auffassung, daß die Gesundheit ein wirtschaftliches Gut und daher die Gesundheitswissenschaft ein Teil der Nationalökonomie ist, in zahlreichen Variationen entnehmen. Wie Pettenkofer in seiner Rede im Jahre 1887, in der er den eben zitierten Ausspruch tat, den Geldwert einer Verminderung der Sterblichkeit zu berechnen versuchte, so hat vor ihm schon 1733 der Abbé de St. Pierre den ökonomischen Vorteil für den Staat bei Verlängerung des Lebens um zehn Jahre auszurechnen versucht, so haben noch vor Pettenkofer Laplace, Villermé und Quetelet auf den wirtschaftlichen Nutzen der Pockenimpfung hingewiesen. Die umgekehrte Fassung des wichtigen Zusammenhangs zwischen wirtschaftlichen Zuständen und krankhaften Vorgängen ist ebenfalls schon lange mit Verständnis gewürdigt worden, ehe es eine selbständige Hygiene gab. Die Entstehung und Steigerung von Volksseuchen durch wirtschaftliche Not hat namentlich dem jungen Virchow Stoff zu ausführlichen Erörterungen gegeben, die er in dem Satze zusammenfaßte: „Sehen wir nicht überall die Volkskrankheiten auf Mangelhaftigkeiten der Gesellschaft zurückdeuten?“ Nur der an glänzenden experimentellen Entdeckungen so reichen, aber der Synthese so abholden bakteriologischen Schule war es vorbehalten, diese Lehre von Virchow zu bestreiten. Am schärfsten hat dies Koch in seiner Rede über die Bekämpfung der Infektionskrankheiten 1888 getan, indem er gegenüber der Verschleppung der spezifischen Keime „die Summe der Faktoren, die man gewöhnlich mit dem Ausdruck soziales Elend zusammenfaßt,“ nur als höchstens begünstigend in den Hintergrund stellt und darauf hinweist, daß trotz Schmutz und Elend ein großer Teil der Menschen dauernd von Seuchen verschont werde. Der Widerspruch gegen diese „kontagionistische“ Lehre von Koch und seiner Schule hat freilich dazu geführt, die sozialen Momente, die bei der Entstehung und Verbreitung der Seuchen disponierend mitwirken, wieder mehr in den Vordergrund zu rücken; aber natürlich kann diese berechtigte Opposition gegen eine einseitige Überschätzung der Bakterienwirkung niemals ein ausreichender Grund sein für die Abspaltung einer eigenen Spezialwissenschaft. Denn ob man die Bedeutung des sozialen Faktors bei Entstehung und Verbreitung der Seuchen gering oder groß bewertet, so ist er doch für beide Richtungen Gegenstand der Erörterungen.

Die Triebfeder für die Entstehung der Hygiene, der sie ihre

Lebenskraft überhaupt verdankt, ist also allerdings ein sozialer Grundgedanke; ja sogar schon die Vorgänger der selbständigen Wissenschaft wurden von sozialem Empfinden geleitet, und wenn die Bestrebungen zur Errichtung einer eigenen sozialhygienischen Richtung nur dahin gingen, der Mutterdisziplin diese Grundidee bestreiten und für sich beanspruchen zu wollen, so wären deren Vertreter zu entschiedenstem Widerspruch berechtigt. Die Ziele der Sozialen Hygiene sind aber ganz andere. Wenn wir bemüht sind, unter diesem Namen bestimmte Forschungsrichtungen abzutrennen und gesondert zu behandeln, so ist hierbei weder ein Eingriff in das Arbeitsgebiet der Mutterwissenschaft noch ein Überschreiten der Grenzen, welche die Hygiene von der verwandten Nationalökonomie trennen, beabsichtigt.

Soll einmal unter dem Vorbehalt der Unzulänglichkeit jeder Definition hier der Versuch einer vorläufigen Begriffsbestimmung der Sozialen Hygiene gemacht werden, so würde diese Definition ungefähr in folgender Form gefaßt werden können: Die Aufgabe der Sozialen Hygiene ist die Untersuchung der Einwirkung der Umwelt auf eine bestimmte Einheit genau so wie dies die Aufgabe der Hygiene ist. Während aber die letztere ihren Forschungen als Einheit das durchschnittliche Einzelindividuum zugrunde legt, ist im Gegensatz hierzu die Einheit der Sozialen Hygiene eine gleichartige Gruppe von Einzelindividuen, deren Abgrenzung von anderen Gruppen weniger durch biologische, als durch bestimmte in ihrer gesellschaftlichen Lage begründete Einflüsse bedingt ist.[1]) Diese Abspaltung von besonderen Gruppen hat die mannigfachsten Ursachen; der Gegensatz von Wohnort, Beruf, Lebensweise, Herkunft führt zu so vielfachen wechselnden, aber doch den Lebenslauf der Angehörigen dieser Gruppe beeinflussenden Komplikationen, daß deren Erörterung überreiches Material zu Studien für eine eigene Schule gewährt. Notwendigerweise muß aber auch der Einfluß, den die Gruppenbildung nicht bloß auf die von ihr Umschlossenen, sondern auch auf deren Nachwuchs ausübt, untersucht werden und durch diesen Umstand wird der Anschluß an diejenige Richtung der sog. Rassenhygiene erreicht, welche A. Plötz in der Einleitung zu dem ersten Hefte seines Archivs für Rassen- und Gesellschaftsbiologie umgrenzt. Nach Plötz ist Rasse eine Erhaltungs- und Entwicklungseinheit des dauernden Lebens, ihr Element die Summe der zu einem Fortpflanzungszyklus

[1]) Vgl. Grotjahn, Zeitschr. f. Soz. Medizin. Bd. I, S. 2 „Zur Einführung“.

gehörenden Einzelwesen. Die Gesellschaftshygiene, die er als die Lehre von den Bedingungen der optimalen Erhaltung der gesellschaftlichen Bildungen definiert, ist demnach identisch mit unserer Sozialen Hygiene und die Bezeichnung von Plötz wäre vielleicht zur Verhütung von Mißverständnissen vorzuziehen, wenn nicht der andere Name schon Verbreitung gefunden hätte. Das Arbeitsgebiet der Sozialen Hygiene ist also das Studium der spezifischen Veränderungen, welche die Gesundheit bestimmter Gesellschaftsgruppen durch die Einwirkung der ihre Sonderstellung bedingenden Faktoren erfährt, und weiter das Studium der Rückwirkungen dieser spezifischen Veränderungen auf den Nachwuchs der beteiligten Gruppen und auf die Gesamtheit der Gesellschaft. Nun wird man wieder Rubner zustimmen müssen, daß eine Reihe der wichtigsten Fragen der Gesundheitslehre trotz der Spaltung der Gesellschaft in Gruppen eben für alle Einzelindividuen gleich bedeutungsvoll sind, so die Fragen nach den Mindestanforderungen an Ernährung, Wohnräume, Beheizung und Ähnliches. Aber diesen Einwand hat A. Grotjahn, schon ehe ihn Rubner aussprach, berücksichtigt; er hat die zwei möglichen Formen, hygienische Fragen zu behandeln, im Vorwort zum dritten Band des Jahresberichts über Soziale Hygiene und Demographie[1]) auseinandergesetzt. Grotjahn betrachtet als die Aufgaben der Sozialen Hygiene die Ergänzung der physikalischen Hygiene; während die letztere z. B. in der Sonderfrage der Wohnungshygiene die Soll-Wohnungsart experimentell normiert, stellt die Soziale Hygiene im Gegensatz hierzu durch Beschreibung der Wohnungen, wie sie in Wirklichkeit sind, in ihrer unendlichen Verschiedenheit nach Stadt und Land, Größe und Belegungsziffer, und in ihren Beziehungen zu den Gesundheitsverhältnissen der Bewohner die Ist-Wohnungsart zusammen. Die daraus zu ziehende Bilanz liefert dann einen Maßstab für die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Maßnahmen, die getroffen werden müßten, um das Ist dem Soll tunlichst anzunähern.

Grotjahn schließt seine ausführlichen und bemerkenswerten Erörterungen mit der folgenden Begriffsbestimmung, deren Anführung an dieser Stelle die Heranziehung seines Aufsatzes zur Ergänzung meiner Ausführungen anregen soll:

1. Die Soziale Hygiene als deskriptive Wissenschaft ist die Lehre von den Bedingungen, denen die Verallgemeine-

[1]) Jena 1904, Fischer.

rung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen unterliegt.

2. Die Soziale Hygiene als normative Wissenschaft ist die Lehre von den Maßnahmen, die die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken.

Den praktischen Beweis für die Richtigkeit dieser Zweiteilung hat Grotjahn selbst geführt durch seine sozialhygienische Arbeit über „Wandelungen in der Volksernährung“,[1]) die ähnlichen Untersuchungen als Vorbild dienen kann. Nur als Beispiel für die Mannigfaltigkeit der Fragestellung und für die Sonderfärbung des Arbeitsgebietes der Sozialen Hygiene seien die Titel einiger zu ihr gehöriger Arbeiten lediglich aus dem Jahre 1905 angeführt: O. Spann, Untersuchungen über die uneheliche Bevölkerung in Frankfurt a. M.; Dohrn, Über den Einfluß großer Streiks auf die gesundheitlichen Verhältnisse und die Bevölkerungsbewegung; L. Lewin, Die Hilfe für Giftarbeiter; Vogl, Die wehrpflichtige Jugend Bayerns; M. Kirchner, Die Tuberkulose und die Schule; Laqueur, Der Haushalt des amerikanischen und des deutschen Arbeiters.[2]) Das wesentliche Moment in allen diesen Arbeiten ist die Feststellung der besonderen gesundheitlichen Erscheinungen, welche bei irgend einer Gruppe im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung zur Beobachtung gelangen und die Erörterung des ursächlichen Zusammenhanges dieser Erscheinungen mit den gesellschaftlichen Gründen für die Entstehung dieser Gruppenbildung. Die Untersuchungsmethodik hält sich aber durchaus innerhalb der festen Grundlagen der Heilkunde und deren größten Zweiges, der Hygiene und, entsprechend dem bewährten, schon von Johannes Müller für die wissenschaftliche Medizin aufgestellten Grundsatze, daß das Wesentliche das Problem ist, für dessen Lösung dann jede naturwissenschaftliche Methodik recht sei, behauptet die Soziale Hygiene durchaus nicht den Besitz eigener Methoden, sondern hält sich für berechtigt, gegebenenfalls alle vorhandenen Untersuchungsmittel heranzuziehen; doch liegen ihr einige derselben, auf welche ausführlicher eingegangen werden muß, besonders nahe.

---

[1]) Staats- und sozialwissenschaftliche Forschungen von Schmoller, XX, 2, 1902.

[2]) U. a. m. cf. F. Kriegel's Bibliographie in den Jahresberichten über Soziale Hygiene und Demographie.

Die Fürsprecher einer eigenen Sonderdisziplin innerhalb der Gesamthygiene machen also von den drei Gründen, die zu einer Abspaltung berechtigen, nur den letzten für sich geltend, das allmählich durch die gesellschaftliche Entwicklung hervorgerufene außerordentlich große Anwachsen des Arbeitsgebiets, das aus praktischen Gründen eine Arbeitsteilung notwendig macht. Sie vertreten die Überzeugung, daß dieses von ihnen beanspruchte Arbeitsgebiet ein genügend umfangreiches ist und durch täglich erstehende gesellschaftliche Neubildungen eine so große Vermehrung erfährt, um Gegenstand der Lebensarbeit einer ganzen Schule werden zu können. Sie werden in ihrem Vorhaben gestützt durch den Widerhall der breiten Schicht der deutschen Ärzte, welche in den letzten Jahren ihre Fähigkeit bewiesen haben, aus sich selbst heraus Einrichtungen nicht bloß zur Verbesserung ihrer eigenen Lage, sondern auch gleichzeitig zur Verbesserung der Lage der gesundheitlich bedrohten Bevölkerungsklassen, die sich ihrem Rate anvertrauen, zu schaffen. Es wäre verlockend, in kurzer geschichtlicher Schilderung den ersten Anzeichen dieser ärztlichen Bewegung nachzugehen. Es dürfte dann nicht verschwiegen werden, daß wir um die Mitte des 19. Jahrhunderts viel weiter waren als heute, daß damals unter dem Einfluß der politischen Bewegung die Betonung der sozialen Seite der Medizin und der öffentlichen Gesundheitspflege viel schärfer hervortrat, als dies gegenwärtig der Fall ist. Was in der Theorie von Pettenkofer und jetzt von Rubner klar hervorgehoben wird, die soziale Grundlage aller hygienischen Maßnahmen, geriet in der Praxis, als die experimentelle Hygiene und die experimentelle Mikrobiologie ihren Siegeszug antraten, ganz erheblich in den Hintergrund. Das gediegene Gold, das heute den Ärzten die Stätten der wissenschaftlichen Forschung bieten, können diese ohne ihre Schuld nicht in kleine Münzen einwechseln. Die Vertreter der mikrobiologischen Schule, die Nochfolger Virchow's in der Deutung der Seuchenätiologie, dieselbe Schule, für die jüngst E. v. Behring den Ausdruck von der „überzeugungstreuen Spucknapfpropaganda“ geprägt hat,[1]) erklärten wiederholt, gegen soziales Elend seien wir ja doch machtlos; durch Vernichtung der Kontagien sei aber wenigstens etwas Wirksames zu erreichen und sie verlangten, daß die Ärzte sich mit diesen Waffen begnügen. Da griffen diese, von der Wissenschaft im Stich ge-

[1]) Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, III, 2, S. 113.

lassen, zur Selbsthilfe. Aus ihren Kreisen wurden die zahlreichen praktischen Maßnahmen zur Verbesserung der Volksgesundheit ausgedacht und in die Wirklichkeit umgesetzt, die Walderholungsstätten für Kranke und Gesunde, für Erwachsene und Kinder, die Waldschulen, die Milchküchen für Säuglinge, der Rettungsdienst in Großstädten, der Arbeitsnachweis für Unfallinvalide und zahlreiche andere Einrichtungen. Aus ärztlichen Kreisen wurde zuerst die Forderung für Anstellung von Schulärzten gestellt und begründet, die Belehrung des Arbeiters über gesundheitliche Vorgänge durch öffentliche Vorträge ins Leben gerufen. Von den Ärzten gingen durch praktische Erfahrung belegte Vorschläge zur Verbesserung und Erweiterung der Arbeiterversicherungsgesetze aus, lediglich mit dem Ziele der Hebung der Volksgesundheit. Aus Ärztekreisen wurde schließlich die Forderung nach Fortbildung der Kollegen vornehmlich in der sog. Sozialen Medizin, dem Gebiete der Arbeiterversicherung, gestellt und mit der Errichtung der erforderlichen Bildungsstätten begonnen.

Dieser stürmische Drang der gesamten deutschen Ärztewelt, sich neue Unterlagen für eine erfolgreiche Durchführung der ihr erwachsenden neuen Aufgaben zu schaffen, Unterlagen, die sie bei der offiziellen Wissenschaft vergeblich suchten, begründet schärfer als exakte Begriffsbestimmungen die Notwendigkeit, diese Bewegung wissenschaftlich zu organisieren. Ein guter Anfang ist gemacht; der „Jahresbericht über Soziale Hygiene“ von Grotjahn und Kriegel erscheint schon zum fünften Male; eine Wochenschrift, die „Medizinische Reform“ von R. Lennhoff wird mit Sachkenntnis, Geschick und Eifer geleitet und bringt eine Fülle von Material; zwei Publikationsorgane für größere Arbeiten, die „Soziale Medizin“ von Fürst und Jaffé und die „Zeitschrift für Soziale Medizin“ von Grotjahn und Kriegel, stehen für wissenschaftliche Veröffentlichungen zur Verfügung; verwandten Ideen dient das „Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie einschließlich Rassen- und Gesellschaftshygiene“ von A. Plötz, das auch schon erfolgreich im dritten Jahrgang erscheint. Und die im vorigen Jahre gegründete Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik, welche ausschließlich wissenschaftlich wirken will, ist ebenso wie die Sektion „Versicherungsmedizin“ des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft eifrig an der Arbeit und erfreut sich reger Teilnahme.

Die bisherige Behandlung des Themas hat die eine wohl nicht mehr zu bestreitende Tatsache ergeben, daß die Anforderungen der

Zeit eine ausgedehnte und gründliche Erörterung von Fragen nahe legten, die von der offiziellen Wissenschaft weniger berücksichtigt werden; daß eine große Zahl eifriger und vorgebildeter Arbeitskräfte sich gefunden hat, welche die Fassung und Ergründung dieser Fragen zu ihren besonderen Aufgaben macht und daß eine noch größere Zahl von Interessenten vorhanden ist, welche aus diesen Arbeiten Nutzen zieht. Die Soziale Hygiene hat zwar keine andere Grundlagen als die Hygiene selbst, sie bedient sich auch wie die Hygiene jeder zureichenden naturwissenschaftlichen Methode, welche geeignet scheint, das gewählte Problem der Lösung später zu führen, aber die Natur dieser Probleme bringt es mit sich, daß einige Methoden besonders ausgiebig herangezogen werden, und die Zeitlage bedingt es, daß der Sozialen Hygiene die Lösung einiger Aufgaben besonders angelegen ist. Der folgende Abschnitt soll die Methoden, auf welche die wissenschaftlich behandelte Soziale Hygiene vorzugsweise angewiesen ist, ausführlicher schildern. Da auch für diese Methoden eine besondere Vertrautheit mit ihrem Inhalt und den Grenzen ihrer Anwendung unerläßlich ist, so vervollständigen die folgenden Darstellungen den Beweis für die Berechtigung unserer Forderung von der Selbständigkeit der Sozialen Hygiene.

II.

Die Statistik als Methode der Sozialen Hygiene.

Im Schlußsatze seiner Rede begrüßt es Rubner mit Freude, wenn die Hygiene Hand in Hand mit ihrer langbewährten Freundin, der Statistik, ihre Fühlung mit den Sozialwissenschaften recht innig gestaltet. Die Einleitung zu seinem Lehrbuch ebenso wie viele seiner Arbeiten beweisen, daß er selbst die zahlenmäßigen Angaben der Statistik als Probe für den Erfolg hygienischer Maßnahmen heranzuziehen pflegt. Der Nutzen der Statistik kann aber ergiebiger gefaßt werden; als Methode kann sie wie das Experiment durch richtige Versuchsanordnung und scharfe Fragestellung direkt zur Beantwortung von Problemen herangezogen werden. Freilich heißt es nicht Statistik treiben, wenn man, wie vielfach geschieht, aus zweistelligen Zahlen Prozentberechnungen anstellt; noch weniger lohnt es sich, ernsthaft auf das Schlagwort von dem „mensonge en chiffre“ einzugehen, das gern dann geltend gemacht wird, wenn die Zahlen gegen den Autor sprechen und er zu ihrer

Widerlegung das ganze Gewicht seiner subjektiven Erfahrung geltend macht.

Die wissenschaftliche Statistik zerfällt in drei voneinander im Ziel und auch in der Technik durchaus zu trennende Abschnitte, die amtliche Statistik, von der uns für unsere Zwecke die Medizinalstatistik interessiert, die Bevölkerungsstatistik, für deren die Ärzte interessierenden Teil F. Prinzing die Bezeichnung der „medizinischen Statistik" angegeben hat, und die „angewandte Statistik" oder „statistische Arithmetik".

Die amtliche Statistik.

Die amtliche Statistik hat die Aufgabe, das den Staat und die Wissenschaft interessierende Zahlenmaterial in möglichst zuverlässiger Weise zu beschaffen und zu sammeln, auf seine Richtigkeit zu prüfen und in übersichtlicher und für eine weitere Behandlung vorbereiteter Form zu veröffentlichen. Eine eingehende Geschichte der amtlichen Statistik findet sich in dem Werke „Geschichte, Theorie und Technik der Statistik" von August Meitzen.[1]) Über die Geschichte der preußischen Medizinalstatistik hat Guttstadt einen kurzen Vortrag in der Gesellschaft für Soziale Medizin am 25. Mai 1905 gehalten. Unter Hinweis auf diese Quellen seien hier nur die Hauptpunkte der Geschichte der „Medizinalstatistik" wiedergegeben.

Andeutungen einer amtlichen Aufzeichnung der Zahl der Lebenden und der Todesfälle finden sich gelegentlich schon im Altertum und im früheren Mittelalter. Der Beginn einer systematischen Aufzeichnung der Geburten, Sterblichkeitszahlen und Todesursachen fällt in das 16. Jahrhundert, und zwar war es das Bestreben, über die Ausdehnung der tödlichen Verheerungen der Pest nähere Kenntnis zu erlangen, welches in Frankreich und England die Regierungen, in Deutschland die städtischen Verwaltungen veranlaßte, Aufzeichnungen anzubefehlen. Die Ausführung dieser Befehle wurde den Pfarrern übertragen und Konzile schärften ihren Untergebenen die erforderliche Sorgfalt ein. Die genaueren Angaben über diese Edikte finden sich bei Meitzen, und soweit dort nicht erwähnt, in meinem Vortrag „Beiträge zur Geschichte

[1]) Berlin 1886, Hertz.

der Kindersterblichkeit".[1]) Die meisten dieser Kirchenbücher gingen in den Kriegswirren der nächsten Jahrhunderte verloren; von den übrig gebliebenen Aufzeichnungen sind am wertvollsten die für Breslau, welche Grätzer in seiner Schrift „Edmund Halley und Caspar Neumann"[2]) wiedergegeben hat und diejenigen für Frankfurt a. M., die sich in dem Werke von Bleicher „Statistische Beschreibung der Stadt Frankfurt a. M."[3]) finden. Von der Mitte des 18. Jahrhunderts, in dem 1749 der Göttinger Staatsrechtslehrer Achenwall das Wort Statistik zum ersten Male anwendete und Büsching 1767 die erste periodische statistische Schrift herausgab, datiert das lebhaftere Interesse des Staates an amtlichen Aufzeichnungen. Den ersten Auftrag zur staatlichen Aufnahme erhielt 1790 Lavoisier von der französischen Republik; die von ihm geschaffenen Einrichtungen überdauerten die Republik nicht, wurden aber später vom Kaiserreich wieder aufgenommen. Das Preußische statistische Bureau wurde von Stein auf Anregung von Krug 1805 geschaffen und nach dem Tilsiter Frieden 1808 in seinem Bestand gesichert. Es erläßt seit 1845 periodische Veröffentlichungen. Andere deutsche, außerdeutsche und europäische Staaten verfolgten von Anfang des 19. Jahrhunderts das gleiche Ziel. Da die verschiedenen Arten der Erhebung in den einzelnen Ländern die Benutzung der Zahlen für den internationalen Verkehr und die Wissenschaft erschwerten, so regte der belgische Statistiker Quetelet die Abhaltung ständiger internationaler Kongresse an, die sich nicht mit der Theorie, sondern nur mit den Forderungen möglichst gleichmäßiger Erhebungen beschäftigen sollten. Der erste Kongreß fand 1853 in Brüssel statt; die periodische Wiederkehr ist gesichert und seit 1872 ist eine Permanenzkommission eingesetzt. Die Grundlage der Erhebungen bilden die nach feststehenden Grundsätzen in allen Ländern eingeführten Volks- und Berufszählungen, deren Geschichte Meitzen ausführlich angibt. In Deutschland erhielt 1877 das Reichsgesundheitsamt den Auftrag, periodische Zusammenstellungen über den Bevölkerungsstand, die Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik zu veröffentlichen. Da die zugrunde gelegten Schemata im Reich und in den einzelnen Ländern verschieden waren, so wurde nach längeren Beratungen in Deutschland 1904 ein einheitliches Todesursachensystem zu-

---

[1]) Medizin. Reform 1906.

[2]) Breslau 1883, Schottländer.

[3]) Frankfurt 1895. I.D. Sauerländer.

grunde gelegt, das den Ärzten zur Berücksichtigung empfohlen, in Preußen schon angenommen ist und in den Bundesstaaten eingeführt werden soll. Dem Beispiele des Staates sind städtische Behörden gefolgt, indem sie eigene statistische Ämter errichteten und deren Leitung hervorragenden Fachmännern übertrugen. Die städtischen statistischen Jahrbücher sind oft hervorragende Quellenwerke. In Deutschland haben sich die meisten Städte außerdem noch vereinigt und geben gemeinsam unter der Leitung von Neefe ein statistisches Jahrbuch deutscher Städte heraus, von dem jetzt schon der 13. Jahrgang vorliegt. Die Grundbedingung für die Zuverlässigkeit der Todesursachenstatistik ist eine richtige Aufzeichnung des Einzelfalles an der ersten Stelle, und diese Voraussetzung ist nur erfüllt bei dem Bestehen einer sachverständigen Leichenschau. An einer solchen mangelt es in Preußen mit Ausnahme einer Anzahl von Städten und vereinzelten Kreisen. In anderen deutschen und außerdeutschen Ländern ist es damit besser bestellt. Eine eingehende Darstellung der Zustände in den einzelnen Ländern findet sich in der Arbeit von F. Prinzing: Die Zuverlässigkeit der Todesursachenstatistik Württembergs im Vergleich mit der anderer Staaten.[1]) Eine amtliche Morbiditätsstatistik ist erst eine Hoffnung der Zukunft. Nur die Erkrankungen an bestimmten Seuchen in allen Ländern finden in den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamts ihre Aufzeichnung, weil deren Anmeldung im Inland durch gesetzliche Bestimmungen, die Meldung von Land zu Land durch internationale Konferenzen geregelt ist. Außerdem verzeichnet die amtliche Statistik die Zahl der Unfälle, Gebrechen und Geistesstörungen, sowie die Zahl und Beschaffenheit der zu ihrer Versorgung geschaffenen Anstalten.

Die amtlichen Erhebungen geschehen nach sorgfältiger Vorbereitung durch staatliche Maßnahmen; die Verarbeitung ist Aufgabe der staatlichen Ämter; wie genau hierbei die Prüfung der Zuverlässigkeit der Angaben stattfindet, dafür liefert der Vortrag von Guttstadt zahlreiche Beispiele. Die Veröffentlichung geschieht in amtlichen Quellenwerken, die periodisch in größeren und geringeren Abständen erscheinen, das gesammelte Material in tabellarischen und graphischen Darstellungen nach eigener, durch Erfahrung bewährter Technik zur Anschauung bringen und oft genug schon zu Schlußfolgerungen über die Entwicklung bestimmter Vorgänge monographisch bearbeiten. Im allgemeinen aber be-

---

[1]) Württ. Jahrbuch für 1900. Nov. 1901.

schränken sich die amtlichen Quellenwerke darauf, das Material wohl vorbereitet zur weiteren Ausgestaltung anderen Statistikern zur Verfügung zu stellen.

Die medizinische Statistik.

Auf die Quellen der amtlichen Statistik als die Grundlage ihrer Arbeiten ist die medizinische Statistik angewiesen. Sie ist ein Teil der Bevölkerungsstatistik, aber sie hat die weitere Aufgabe, nicht nur wie diese die normalen Vorgänge der Bevölkerungsbewegung, sondern nach der Definition von Prinzing,[1]) ihrem bedeutendsten Vertreter in der Gegenwart, die zahlenmäßige Untersuchung der pathologischen Erscheinungen der menschlichen Gesellschaft als selbständige empirische Disziplin vorzunehmen. Im allgemeinen reichen hierzu die einfachsten Rechenmethoden aus, doch ist eine Kenntnis der theoretischen mathematischen Grundlagen, des schon vorhandenen Tatsachenmaterials und der seit lange eingeführten bewährten Methoden für den selbständigen Forscher auf diesem Gebiete erforderlich. Vor allem bedarf es genauer Kenntnis der zahlreichen Fehlerquellen, in deren Fallstricke sich immer wieder Ungeübte verwickeln, wenn sie aus den absoluten Zahlen der Quellenwerke Prozentberechnungen in beliebiger Einheitsreduktion anstellen und damit allen Anforderungen Genüge getan zu haben glauben. Größere Darstellungen der Theorie und Praxis der medizinischen Bevölkerungsstatistik finden sich in dem älteren Werke von Österlen, Medizinalstatistik, Tübingen 1866 — und den neueren Werken Westergaard, Die Lehre von der Morbidität und Mortalität, Jena, II. Aufl., 1901 und Georg von Mayr, Statistik und Gesellschaftslehre, II. Bd., Freiburg 1897. Kürzere Darstellungen bietet der 4. Teil des „Grundriß zum Studium der politischen Ökonomie" von Conrad[2]) und das volkstümliche Werk von G. v. Mayr „Die Gesetzmäßigkeit im Gesellschaftsleben".[3]) Die mathematischen theoretischen Grundlagen der Bevölkerungsstatistik finden sich ausführlich behandelt in der ersten Auflage des Werkes von Westergaard (Jena 1887) und in den „Abhandlungen zur Theorie der Bevölkerungs- und Moralstatistik"

[1]) Die heutige Bedeutung der medizinischen Statistik. Württemb. Korrespondenzbl., Jahrg. 75.

[2]) Jena, Fischer, 1900.

[3]) München, Oldenburg, 1877.

von Lexis.[1]) Ein ausführliches neueres Handbuch der medizinischen Statistik, einschließlich der pathologischen Vorgänge von Prinzing verfaßt, hat soeben die Presse verlassen.[2]) Eine genaue kritische Darstellung der Geschichte der Bevölkerungsstatistik bringt Westergaard in der zweiten Auflage seines Werkes; eine ganz kurze Übersicht findet sich in meinem oben zitierten Vortrag zur Geschichte der Kindersterblichkeit.

Danach kann man drei Perioden der Bevölkerungsstatistik unterscheiden. Die erste ist die der rein naiv beschreibenden Darstellung. Sie beginnt mit dem Werke des Londoner Kapitän Graunt, der einer Anregung seines Freundes Petty folgend die Totenzahl der Stadt London 1667 zu einem kleinen Werke „Natürliche und politische Bemerkungen über die Totenzahlen der Stadt London“ verarbeitete. Von seinen Zahlenangaben ist für uns selbst zu Vergleichen nicht mehr viel brauchbar; höchstens sind sie für nosologisch-historische Betrachtungen verwendbar. Bewundernswert ist aber heute noch der Scharfsinn und die Unbefangenheit, mit der Graunt sein Material für Schlußfolgerungen über Bevölkerungsbewegungen heranzog. Fast in dieselbe Zeit fällt die Arbeit des Astronomen Halley, der durch die Vermittlung von Leibnitz sich das Zahlenmaterial der Stadt Breslau verschaffte und auf Grund dieser nach Geburts-, Todesjahr und Geschlecht getrennten Angaben 1693 die erste Sterbetafel konstruierte. Zu Anfang des 18. Jahrhunderts sammelten der Breslauer Arzt Kundmann und der Berliner Arzt Gohl das Zahlenmaterial ihrer Vaterstädte und verwandten es für medizinalstatistische Studien. Den Höhepunkt erreichte dieser Abschnitt in dem Werke von Johann Peter Süßmilch „Betrachtungen über die Göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechtes aus der Geburt, dem Tode und der Fortpflanzung erwiesen“ (1. Aufl., 2 Bände, 1749. Seither zahlreiche neue Ausgaben und ein dritter von Baumann herausgegebener Ergänzungsband mit umfangreichem Zahlenmaterial). Der wissenschaftliche Standpunkt dieses bahnbrechenden, für lange Zeit vorbildlichen Werkes geht aus dem

---

[1]) Jena, Fischer, 1903.

[2]) Jena, Fischer, 1906. Anmerkung bei der Korrektur. Das Prinzing'sche Werk, dessen Erscheinen einen lange ausgesprochenen Wunsch der Bewunderer seiner Arbeiten erfüllt, bringt nicht nur das vorhandene Material vom Standpunkt des Arztes in übersichtlicher Form, sondern verarbeitet es zu klaren, vorsichtigen und darum um so eindrucksvolleren Schlußfolgerungen. Besondere Berücksichtigung findet die Soziale Hygiene.

Titel hervor; seine eingehenden Tabellen und Angaben sind noch heute für historische, epidemiologische und statistische Arbeiten von Interesse. Süßmilch regte in den folgenden Jahrzehnten zahlreiche Ärzte zu ähnlichen Arbeiten an.

Die zweite Periode stützt sich auf die seither erfolgte Ausbildung der mathematischen Unterlagen der Statistik, deren Ausgangspunkt die durch Euler, Bernoulli, Laplace und Fournier geschaffene Wahrscheinlichkeitsrechnung wurde. Der Fortschritt kam zunächst der Lebensversicherung zugute, für deren geschäftliche Aufgaben eine theoretische Grundlage gegeben war; dann aber auch der Durcharbeitung der Gesetze der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Das Hauptwerk dieses Abschnittes ist das Buch des belgischen Mathematikers und Berufsstatistikers Quetelet „Sur l'homme et le développement de ses facultés, un essai de physique sociale", Bruxelles 1835. Quetelet suchte aus seinem oft nicht ganz zuverlässigen und genügend umfangreichen Material mittels exakter mathematischer Methoden die gesetzmäßigen Erscheinungen im Leben des „homme moyen" festzustellen. Er ging in der Ableitung von Gesetzen weiter, als uns heute zulässig erscheint; wenn er auch in seiner Bearbeitung der Zahlen streng methodisch verfuhr, so konnte er sich doch in seinen Schlußfolgerungen von den damals herrschenden naturphilosophischen Anschauungen und vor allem von dem Einfluß der Theorien von Malthus nicht genügend frei machen, um immer als unbefangen zu gelten. Viel extremer aber waren seine Nachfolger, wenn sie, wie der Königsberger Physiker Moser, an die Stelle der naiven göttlichen Ordnung von Süßmilch ebenso aprioristisch die mathematische Formel setzten, nach der sich die Zahlen der Todesfälle jeden Alters richten sollten.

Die dritte noch jetzt wirkende Richtung der medizinischen Statistik verzichtet auf die Auffindung von Formeln und Gesetzen, die den Tatsachen Gewalt antun; entsprechend den Grundlagen naturwissenschaftlicher Methodik beschränkt sie sich darauf, ein möglichst zuverlässiges Material herbeizuschaffen, auf seine Brauchbarkeit streng zu prüfen und die sich aus ihm ergebenden Schlußfolgerungen nur beschreibend abzuleiten. Im Gegensatz zur Arbeitsrichtung ihrer Vorgänger, die hauptsächlich das Bleibende, das Gesetzmäßige anlockte, richten sich ihre Studien auf die Ergründung der Veränderungen, welche die Zahlen unter dem Einfluß der sich entwickelnden biologischen und sozialen Gestaltung der Gesellschaft erfahren. Im Laufe des großen Zeitraums rastloser

Arbeiten ist eine Fülle von Tatsachen festgestellt, deren Kenntnis durch Sonderstudien erworben werden muß.

Der Gegenstand der medizinischen Statistik ist die Bevölkerungsbewegung, die durch natürliche Veränderungen und durch Wanderungen beeinflußt wird. Auch die letzteren Veränderungen beanspruchen die Beachtung des medizinischen Statistikers, weil sie die Behandlung und Verarbeitung des Materials ganz wesentlich verändern können und darum bei Vernachlässigung zu Fehlschlüssen Anlaß geben. Ihr Einfluß muß daher erst durch bestimmte Methoden ausgeschaltet werden, ehe das Material zu Schlußfolgerungen für medizinische Zwecke verwendbar wird. Die medizinische Statistik umfaßt vorzugsweise die Lehre von den Geburten, Sterbefällen, Eheschließungen, Krankheiten und die gegenseitige Beeinflussung dieser Vorgänge. In der Lehre von den Geburten kommen z. B. folgende Fragen in Betracht: die absolute Geburtenzahl in räumlicher Verteilung und in zeitlichem Verlauf, der Einfluß der Jahreszeiten, die Geburtenhäufigkeit, das Geschlechtsverhältnis bei ehelichen und unehelichen Kindern, die Totgeburten, die einfachen und Mehrlingsgeburten, Ehelichkeit und Unehelichkeit. Bei der Behandlung der Sterblichkeit sind die Hauptfragen, die untereinander mehrfach kombiniert werden können, die folgenden: Absolute Sterblichkeit insgesamt und im Vergleich zu den früheren Zeitabschnitten, Einfluß der Jahreszeiten, des Geschlechtes, Sterbeverhältnis nach den Lebensaltern, Sterblichkeit nach Beruf, Wohnort, Vermögenslage, Todesursachen. Das Verhältnis der Geburtenzahl zur Sterblichkeit in der Zeit- und Ortseinheit bildet das Maß für die natürliche Bevölkerungszunahme bzw. -abnahme. — Welche Fülle von Arbeiten die weitere Spezialisierung dieser Hauptabschnitte gezeitigt hat und mit der Änderung der jeweiligen Verhältnisse (Epidemien, Kriege, soziale Einflüsse, neue Heilmethoden) ständig anregt, braucht nicht besonders betont zu werden. Einen der umfangreichsten und der größten Zerlegung fähigen Abschnitte bildet die Kindersterblichkeit, bei der Ernährung, soziale Stellung, Familienstand (ehelich oder unehelich), geographische Lage, Lebensalter und Gesundheitszustand der Eltern, Stellung in der Geburtenfolge die Hauptpunkte der Differenzierung sind.

Bei der Untersuchung dieser Fragen ist die Sachverständigkeit des Arztes gar nicht zu entbehren, namentlich wenn es die Erörterung von pathologischen Zuständen gilt. Et numerandae sunt observationes — et perpendendae. Ein schlagendes Beispiel hierfür

gibt ein Vorgang aus jüngster Zeit. Seit fast 100 Jahren ist es ein Rätsel der Bevölkerungsstatistik, daß das Geschlechtsverhältnis der Geburten bei Ehelichen und Unehelichen ein verschiedenes ist. An diesem Rätsel erprobten zahlreiche Statistiker in kühnen Hypothesen ihren Scharfsinn. Der Jenenser Gynäkologe B. S. Schultze[1]) weist nun, gestützt auf klinische Erfahrungen und auf Zahlenmaterial darauf hin, daß es sich wahrscheinlich gar nicht um einen Lebensvorgang handelt, sondern daß der ganze Unterschied in abweichenden Bedingungen des Sterbens liegen muß. Unter den Totgeborenen der unehelichen Mütter sind weniger Knaben, als unter den ehelich Totgeborenen, weil bei den unehelichen Geburten die Zahl der vor der Geburt Absterbenden, der Faultoten, größer ist und bei diesen die größere Gefährdung der Knaben durch den Geburtsakt selbst fortfällt. Nach Abrechnung der Totgeburten aber besteht kein Unterschied des Geschlechtsverhältnisses bei unehelichen und ehelichen Geburten mehr.

Die Erörterung der Sterblichkeitsverhältnisse hat zur Ausbildung einer strengen Methodik in der Behandlung der Fragen geführt, wobei als Vergleichspunkte die für jede Bevölkerungsmasse empirisch zu berechnende mittlere und wahrscheinliche Lebensdauer eine Rolle spielen. Die Grundlage für Vergleichsbetrachtungen und für praktische Zwecke des Versicherungswesens bildet die Sterbetafel, die mühselig durch umständliche Rechnungen und Korrekturen für eine bestimmte Bevölkerungsmasse die Absterbeordnung nach Lebensaltern angibt; die zugrunde gelegte Bevölkerungsmasse kann die Zahl der Lebenden eines ganzen Landes, nach Geschlechtern getrennt, einer Stadt oder eines einzelnen Staates sein. Die erste Absterbeordnung berechnete 1693 Halley. Er ging von der Voraussetzung der Konstanz der Bevölkerung ohne Berücksichtigung von deren regelmäßiger Zunahme durch den Geburtenüberschuß aus. Halley bezog daher einfach die Zahl der in einem Jahre vorgekommenen Todesfälle nach ihrem Alter auf die Geburtenzahl des gleichen Jahres und konstruierte deren Absterbeordnung auf Grund der Verteilung der beobachteten Todesfälle ihres Geburtsjahres nach Lebensjahren. Jetzt braucht man zwei Methoden zur Herstellung von Sterbetafeln. Die direkte oder Hermann'sche Methode verfolgt sämtliche Individuen eines bestimmten Zeitraums von der Geburt bis zum Tode; sie ist natürlich nur anwendbar, wenn diese Voraussetzung ausführbar ist, also

[1]) Winckel's Handbuch der Geburtshilfe. Wiesbaden 1905.

in abgeschlossenen Bevölkerungen ohne nennenswerte Wanderungen und für einen bestimmten Lebensabschnitt, nämlich vorzugsweise das Kindesalter. Wo diese Voraussetzung nicht zutrifft, also in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, bedarf es der indirekten Methode. Diese stellt für die Geburten eines Zeitabschnittes die Zahl der Todesfälle im ersten Lebensjahre fest; auf den Rest der Lebenden wird die Zahl der relativen Todesfälle des zweiten Lebensjahres reduziert usw.; hierbei sind verschiedene Kontrollen nötig, vor allem die Herstellung des Gleichgewichts von Lebensjahr und Kalenderjahr. Durch die Sterbetafel wird nicht nur den Forderungen der Versicherung genügt; es ergibt sich auch aus ihr der natürliche Altersaufbau einer Gesellschaft im Gegensatz zu dem künstlichen, welchen unsere sozialen Bedingungen schaffen. Aus der Absterbeordnung folgt auch die Erkennung einer typischen Kurve des Absterbens, welche in dem ersten Lebensjahre den höchsten Punkt erreicht, steil bis zum frühen Jünglingsalter absinkt, dort den Tiefstand erreicht und dann langsam aber stetig bis zu den höchsten Lebensaltern ansteigt. Die Sterblichkeitskurve der beiden Geschlechter verläuft verschieden, die der einzelnen Krankheiten deckt sich entweder für die einzelnen Lebensalter annähernd mit ihr (Cholera asiatica, Pneumonie) oder sie zeigt einen mehr oder weniger abweichenden Verlauf (z. B. Kinderseuchen, Krebs). Der Vergleich der Sterbetafeln verschiedener Zeitabschnitte und Länder berechtigt zu wichtigen Folgerungen über Änderungen der Sterblichkeit.

Bei ärztlichen Untersuchungen über die Sterblichkeit zu verschiedenen Zeiten, in verschiedenen Ländern oder an verschiedenen Krankheiten werden häufig genug von Ungeübten zwei fundamentale Fehler gemacht, die man sich nur einmal klar gemacht zu haben braucht, um sie für immer zu vermeiden. So beziehen Viele, um das Vergleichsmaterial gleichnamig zu machen, die Zahl der Todesfälle auf die Gesamtzahl der Bevölkerung. Diese Bevölkerungsmassen aber zeigen in verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten infolge der Wanderungen und anderer Ursachen mehr oder minder große Ungleichheit durch verschiedene Besetzung der Altersklassen. In den Großstädten z. B. sind die arbeitskräftigsten, jüngeren und gesünderen Elemente durch Zuwanderung viel stärker vertreten, als dem natürlichen Aufbau der Bevölkerung durch Geburtennachwuchs entsprechen würde; dagegen ist die Zahl der dem Tode gegenüber viel widerstandsloseren Kinder und Greise eine verhältnismäßig geringere als in der Gesamtbevölkerung oder auf

dem Lande. Noch krasser wird der Fehler, wenn man die Todesfälle an den Krankheiten einer Lebensstufe oder eines Geschlechts (Kinderkrankheiten, Puerperalfieber) auf die Gesamtbevölkerung bezieht und dann Vergleiche anstellt. Es ist daher unumgänglich nötig, die Zahl der Gestorbenen nach Altersklassen zu teilen, auf die Lebenden derselben Altersklassen und desselben Geschlechts zu beziehen und dann erst zu vergleichen. Ein zweiter Fehler besteht darin, Schlußfolgerungen daraus zu ziehen, daß man den Anteil einer Todesursache an der Gesamtzahl aller Todesfälle ohne Rücksicht auf die Zahl der Lebenden in den einzelnen Lebensaltern untersucht. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung dieser Angaben kann die Untersuchung des Anteils einer Krankheit an der Gesamtsterblichkeit immerhin wertvoll sein; ohne sie aber sind große Irrtümer möglich. Denn die einzelne Todesursache kann scheinbar zugenommen haben, während sie konstant blieb oder sogar abnahm, nur nicht in solchem Grade wie die Gesamttodesziffer; und umgekehrt, eine Todesursache hat scheinbar abgenommen, weil durch das Herrschen einer Epidemie die Gesamtsterblichkeit enorm angestiegen ist. So hat noch neulich ein Hygieniker auf die enorme Höhe der Tuberkulosesterblichkeit im schulpflichtigen Alter hingewiesen, während die Sterblichkeit an Tuberkulose hier die geringste von allen Altersklassen ist; sie hat nur in diesem Alter nicht annähernd so stark abgenommen wie die anderen Todesursachen und spielt daher eine relativ größere Rolle als die anderen Todesursachen. Es ist dies vom prophylaktischen Standpunkt immerhin wichtig genug, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß wegen der Kleinheit der absoluten Sterblichkeitsziffern in diesem Lebensalter der relative Unterschied perspektivisch vergrößert erscheint. Am besten erleichtert bei Zweifeln in die Methodik die graphische Darstellung das Verständnis. Wenn man sich auf einer Tafel, um bei dem eben erwähnten Beispiele zu bleiben, drei Kurven einzeichnet, die absolute Zahl der Lebenden nach Altersklassen, die absolute Zahl der Todesfälle an allen Krankheiten und die absolute Zahl der Todesfälle an Tuberkulose, so ergibt der Abstand der Kurven in den einzelnen Lebensjahren einen Anhalt für das relative Verhältnis der drei Werte. Ja schon die Einzeichnung zweier Kurven, der relativen Sterblichkeit an allen Krankheiten und an Tuberkulose allein nach Altersklassen, schützt vor falschen Folgerungen. Ebenso mag man bei Vergleichen verschiedener Zeiträume verfahren, wobei die horizontalen Abschnitte die Kalenderjahre bedeuten und die einzelnen Kurven die

Zahl der Lebenden, die Gesamtsterblichkeit und die Sterblichkeit an einer bestimmten Krankheit darstellen.

Welche feinen Aufschlüsse wir bei der Behandlung der medizinischen Statistik als einer eigenen naturwissenschaftlichen Forschungsmethode erzielen können, das beweisen z. B. die Untersuchungen von Rahts und Würzburg in den Arbeiten des Reichsgesundheitsamts, von Geißler in den amtlichen sächsischen Veröffentlichungen und vor allem die zahlreichen Arbeiten von F. Prinzing, der diesen Zweig der Statistik so erfolgreich zu einem eigenen Arbeitsgebiet ausgestaltet hat.

Angewandte Statistik.

Die statistische Arithmetik hat scheinbar nur zufällig mit der Statistik dadurch etwas zu tun, daß sie sich auf deren Material beruft. Ihre Technik wird von vielen für außerordentlich einfach gehalten, und doch beruhen ihre Voraussetzungen unmittelbar auf den kompliziertesten Problemen der Mathematik, doch ist ihre Anwendung mit so viel Fehlerquellen verknüpft, wie die schwierigste experimentelle Methode. Den Grundideen nach ist sie ebenfalls eine experimentelle Methode, bei der die Folgerichtigkeit der Fragestellung und die Fehlerlosigkeit der Versuchsanordnung ebenso wie bei den biologischen Experimenten den Erfolg entscheidet. Die angewandte Statistik ist, ohne daß dies immer ohne weiteres ersichtlich ist, die häufigste Grundlage aller Schlußfolgerungen, welche die Klinik, die pathologische Anatomie, die Laboratoriumstechnik aus ihren Versuchen ziehen. Es heißt angewandte Statistik treiben, wenn der Kliniker aus einigen hundert Beobachtungen den Schluß auf die Wirksamkeit eines Heilmittels zieht, wenn der pathologische Anatom aus dem Leichenbefunde die Immunität oder Disposition bestimmter Organe für eine typische Geschwulstform erweist, wenn der Experimentator aus zahlreichen Tierversuchen die Empfänglichkeit oder Unempfänglichkeit einer Tierart gegen einen Mikroorganismus ableitet. Für andere Versuchsanordnungen mit experimenteller oder auf Beobachtung gestützter Fragestellung bildet ferner die statistische Arithmetik die Kontrolle; wenn z. B. die Wirksamkeit von Desinfektionsmaßregeln, die gegen eine bestimmte Seuche getroffen werden, durch experimentelle Grundlagen sichergestellt erscheint, so liefert die Untersuchung des Verhaltens jener Krankheit, der Vergleich der Krankheitsziffern vor und nach

der Einführung der Desinfektion, die Probe auf die Richtigkeit der Voraussetzungen. Schließlich bleibt die statistische Arithmetik die allein mögliche Methode der Feststellung von ursächlichen Beziehungen, wenn das Problem der direkten experimentellen Prüfung nicht zugänglich ist, wenn z. B. Versuche ausgeschlossen sind, wie fast stets in der Pathogenese des Menschen oder wenn das Problem aus Mangel an Methoden oder wegen des Umfangs der Zeiträume sich der direkten Beobachtung entzieht, wie z. B. die Frage der Bedeutung von Krankheitsanlagen, des Zusammenhangs zweier Krankheiten wie Syphilis und Aneurysma. Die Technik der statistischen Arithmetik geht dahin, die zu untersuchende Größe B mit der bekannten Größe A derart in einen einfachen Vergleich zu bringen, daß B in jeder Beziehung dem Faktor A gleichartig und gleichnamig ist. Der Ansatz muß so aufgestellt sein, daß beide Seiten der Gleichung sich nur durch den zu eruierenden Faktor unterscheiden. Dann ergibt sich die einfache Formel: $A : B = 100 : X$. Grundbedingung aber ist, daß sowohl A wie B Ergebnisse einer Massenbeobachtung sind, für deren Behandlung die Prinzipien der Wahrscheinlichkeitsrechnung feststehende Methoden angeben.

Diese erste Forderung beruht auf der mathematischen Theorie der Statistik, die auf den Gesetzen der Wahrscheinlichkeitsrechnung aufgebaut ist und deren elementare Grundlage sich jeder zu eigen gemacht haben muß, der sich bei Anwendung der statistischen Arithmetik vor Trugschlüssen bewahren will. Die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses wird ausgedrückt durch einen Bruch, dessen Zähler die durch Beobachtung festgestellte Zahl der wirklichen Fälle, dessen Nenner die Zahl aller möglichen Fälle ist. Unsere Mortalitäts- und Letalitätsbestimmungen sind alle Wahrscheinlichkeitswerte. Die Wahrscheinlichkeit für einen Mann im dritten Lebensdezennium an Unterleibstyphus zu erkranken, ist die Zahl der innerhalb einer gegebenen Bevölkerung beobachteten Erkrankungen dieses Lebensalters und Geschlechts dividiert durch die Zahl aller lebenden Männer des dritten Dezenniums. Die Wahrscheinlichkeit, aus einer Urne, die je eine schwarze und eine weiße Kugel enthält, eine weiße Kugel zu ziehen, ist gleich $^1/_2$. In der Wirklichkeit verhält es sich aber durchaus nicht so, daß, wenn ich viermal nacheinander in die Urne greife, ich je zweimal eine weiße und zweimal eine schwarze Kugel finde. Hier spielt der unberechenbare Zufall mit. Nun lehrt das von Bernoulli aufgestellte und mit großem Scharfsinn mathematisch bewiesene

Gesetz der großen Zahlen, daß, wenn dieser Versuch sehr oft hintereinander angestellt wird, die nach der einen oder anderen Seite ausschlagenden zufälligen Einwirkungen sich gegenseitig kompensieren; bei etwa 10000 Ziehungen nähert sich das Ergebnis der Beobachtung dem Wahrscheinlichkeitskalkul derart, daß annähernd in je 5000 Fällen eine weiße oder eine schwarze Kugel gezogen wird. Und zwar sind die Abweichungen vom erwarteten Ergebnis um so geringer, je größer die Zahl der Ziehungen ist. Die zur Untersuchung herangezogene Masse setzt sich nun aus einer großen Zahl von Einzelbeobachtungen zusammen, deren jede ihre eigene von zufälligen Einflüssen bedingte Abweichung vom Mittelwert bietet, den zufälligen Fehler, der nach oben oder unten mehr oder weniger vom Durchschnitt abweicht und der die Folge einer Fülle von Ursachen ist, die bei dem statistischen Experiment ausgeschaltet werden sollen. Die Ausschaltung dieser Fehlerquellen ist die zweite Aufgabe des Beobachters, der sein Material gleichartig zu machen hat. Die Größe des Fehlers ist auf die Richtigkeit des Schlusses bei der Zusammenfassung in der Massenbeobachtung von entscheidender Bedeutung; es ist daher erforderlich, den Umfang der Masse des Materials so groß zu wählen, daß die Exkursionen der zufälligen Fehler nach oben oder unten vom Durchschnitt keinen Einfluß auf die Gleichartigkeit des Materials gewinnen können. Für die Berechnung der Beziehungen zwischen der Höhe des „mittleren Fehlers“ und der zu seiner Ausschaltung erforderlichen Größe des Beobachtungsmaterials hat die höhere Mathematik eine Reihe von Methoden angegeben, die bei so exakten Forschungen, wie sie die Astronomie oder die Lebensversicherungstechnik beansprucht, angewendet werden müssen. Für unsere Zwecke genügt oft eine elementare Betrachtung der einzelnen Bestandteile des Massenobjekts, aus denen man ersieht, ob die zufälligen Schwankungen um den Gesamtdurchschnitt nicht größer sind als die Abweichungen, die uns erst auf einen besonderen ursächlichen Faktor schließen lassen. Wenn man z. B. die Wirkung eines Heilmittels gegen eine bestimmte Krankheit untersucht, etwa der kalten Bäder gegen Unterleibstyphus, und feststellt, daß der Durchschnitt der Letalität vor jener Behandlung 15 Proz., nach Einführung der Kaltwasserbehandlung 8 Proz. betrug, so ist der Schluß auf eine Heilwirkung der Bäder noch nicht zulässig ohne Diskussion des Vergleichsmaterials. Zeigt sich nämlich, daß dieses sich aus einzelnen Epidemien zusammensetzt, bei denen die Letalität zwischen 4 und 30 Proz. schwankte, so sind diese Schwankungen

zu groß, um die Ergebnisse eines kurzen Zeitraums der Bäderbehandlung für Schlüsse als ausreichend zu betrachten. Will man dann die Brauchbarkeit seines Materials rechnungsmäßig prüfen, so ist die ziemlich elementare Formel von Gavarret[1]) sehr nützlich zur Bestimmung der Größe des zulässigen mittleren Fehlers in ihrem Verhältnis zum Umfang des Beobachtungsmaterials. Wenn bei dem Vergleich zweier Ergebnisse die Wahrscheinlichkeitswerte des einen Ereignisses $= \frac{M}{R}$, die des anderen $= \frac{m}{r}$ sind, so müssen nach der Formel von Gavarret die zulässigen Fehler, d. h. die zu vernachlässigenden Abweichungen vom Mittel innerhalb der Werte

$$\frac{M}{R} \pm \sqrt{\frac{8\ M\ (R-M)}{R^3}} \text{ bzw. } \frac{m}{r} \pm \sqrt{\frac{8\ m\ (r-m)}{r^3}}$$

liegen, wenn bei der gegebenen Größe des Materials von einer ausreichenden Zuverlässigkeit der Schlußfolgerung die Rede sein soll. Liegen die durch Beobachtung festgestellten Abweichungen der einzelnen Gruppen vom arithmetischen Mittel innerhalb der aus der Formel berechneten Grenzen, so darf man sich beruhigen. Ist dies nicht der Fall, so kann man durch Einsetzen der beobachteten Werte der Fehlergrenzen in die Formel für R und r die Größe des Materials berechnen, die erforderlich ist, um Schlüsse zuzulassen. Beispiele für die Anwendung und Tabellen zur Erleichterung der Rechnung finden sich in dem Werke von Fick. Mit dem Hinweis auf diese exakte Methode ist zugleich der Einwand widerlegt, der so oft von statistischen Laien gegen den Wert des Verfahrens gemacht wird, daß das persönliche Urteil des Untersuchers maßgebender sei, als die alle feineren Unterschiede nivellierende Massenbeobachtung. Denn gewiß ist das Material der Massenbeobachtung in seinen einzelnen Bestandteilen von sehr ungleicher Zusammensetzung, aber wir haben Methoden, um festzustellen, ob diese Ungleichheiten wesentlich sind oder sich im Raum der großen Zahlen genügend ausgleichen, um vernachlässigt werden zu dürfen.

Ist die erste Aufgabe erfüllt, daß A und B groß genug sind, um nach den Anforderungen des Gesetzes von den großen Zahlen die kleineren Fehler zu kompensieren, daß also das Material gleichartig ist, so entsteht die zweite Forderung, daß die ver-

---

[1]) Vgl. A. Fick, Die medizinische Physik, Anhang über Wahrscheinlichkeitsrechnung. Braunschweig, Vieweg, III. Aufl., 1885.

glichenen Größen absolut gleichnamig gemacht werden. Um diese Bedingung zu erfüllen, bedarf es der Kenntnis des Tatsachenmaterials der medizinischen Statistik. Will man z. B. die Sterblichkeit an einer bestimmten Krankheit nach Stadt und Land oder für verschiedene Zeitabschnitte bestimmen, so muß eine Berechnung auf gleiche Altersklassen bei deren verschiedenem Altersaufbau erfolgen; die gröberen Differenzen liegen meist klar zutage; es bedarf aber weiter durch genaues Studium der Sonderbedingungen in jedem einzelnen Falle eines möglichst genauen Ausgleichs der Ungleichheiten, bis schließlich nur ein einziger Unterschied übrig bleibt, derjenige, der Anlaß zur Fragestellung gegeben hat. Hierbei kann man nicht skeptisch und kritisch genug vorgehen, um innere Ungleichheiten durch Reduktionen auszuschalten. Bei der Vielfältigkeit der erstehenden Aufgaben lassen sich bestimmte Regeln nicht aufstellen. Hier ist eingehende Kenntnis der Lehren der Bevölkerungsstatistik, genaue Durchforschung des Einzelfalles und Anwendung von Scharfsinn dringend geboten, um alle Ungleichheiten zu durchdringen und auszuschalten, die der Einzelfall bietet. Und wenn schließlich das Ergebnis dahin geht, daß der Vergleich das Einwirken einer besonderen Ursache erschließen läßt, so soll man neunmal prüfen, ob nicht eine übersehene innere Ungleichheit das Resultat ganz oder teilweise herbeigeführt hat, bis man endlich beim zehnten Male auf eine Bestätigung der gemachten Annahme schließt. Die Fähigkeit, die statistische Arithmetik zu beherrschen, läßt sich darum nur durch Studium und Übung erwerben, sie ist nicht angeboren. Hat man endlich einen ganz einwandsfreien Vergleichsansatz gemacht, so ist sowohl die Gleichheit wie die Ungleichheit der beiden Seiten beweisend. Im letzteren Falle ist die Mitwirkung der besonderen Ursachen dargetan, im ersteren Falle ihre Einflußlosigkeit auf den Ablauf der Erscheinungen.

Oft ist eine gleichnamige Reduktion nicht möglich, weil die erforderlichen Vergleichszahlen nicht vorhanden sind. Es gilt z. B. den Einfluß der Wohlhabenheit auf die Kindersterblichkeit an bestimmten Krankheiten zu erörtern; man kennt die Zahl der Todesfälle und die Vermögenslage der Eltern; aber es fehlt die Angabe über die Zahl der lebenden Kinder in den einzelnen Schichten. Oder man will beweisen, daß die Gewohnheit, von je ein schlechter Esser zu sein, ein disponierendes Moment für die Entstehung einer späteren Tuberkulose ist. Laienstatistiker halten die Beobachtung, daß in ihrem Material an Tuberkulösen die Zahl der schlechten

Esser eine auffallend große ist, für ausreichend genug, um aus ihr allein einen Schluß zu ziehen. Der Statistiker verlangt den Vergleich mit der Zahl der schlechten Esser in der Gesamtbevölkerung, die nicht tuberkulös geworden sind, und das Abwägen beider Werte. Da der Vergleichswert aber fehlt, so verzichtet er auf Schlußfolgerungen, selbst auf die Gefahr hin, eine zufällig richtige Beobachtung fallen lassen zu müssen. Für solche Fälle hat aber Körösy darauf hingewiesen, daß man auf Umwegen zum Ziele kommen kann; nicht wegen der methodischen Bedeutung des an sich sehr naheliegenden Verfahrens, sondern wegen der Ermöglichung der Lösung schwierigerer Probleme hat er seinen Kunstgriff als eine eigene Methode der „Intensitätsberechnung“ eingeführt.[1]) Nach Körösy vergleicht man die Veränderungen der zur Beobachtung stehenden Massengröße mit den Veränderungen, welche eine andere Massengröße erfährt, die mit ihr den unbekannten Faktor gemein hat, sich aber von ihr durch das Fehlen des zu prüfenden Faktors unterscheidet. Das Maß des Zurückbleibens oder der Steigerung gegenüber dem Vergleichsobjekt bezeichnet K. als relative Intensität; es dient ihm zur Erörterung der Bedeutung des geprüften Faktors. Ein einfaches Beispiel soll die Anwendung der Methode erläutern. An einem begrenzten Beobachtungsmaterial einer Säuglingsklinik soll der Einfluß der künstlichen Ernährung auf die Sterblichkeit geprüft werden. Bekannt ist die Zahl der Todesfälle der verschieden ernährten Kinder, bekannt auch das Verhältnis der mit Mutterbrust und der künstlich ernährten Säuglinge = 3 : 7. Spielte die Ernährung keine Rolle, so müßte auch das Verhältnis der Sterblichkeit beider Gruppen = 3 : 7 sein. Tatsächlich ist es aber 1 : 15. Folglich ist die Intensität der Sterblichkeit der künstlich ernährten Kinder an diesem Material 6—7 mal so groß als die der Brustkinder. Beispiele komplizierterer Fälle finden sich bei Körösy.

Ist man nach Überwindung aller technischen Schwierigkeiten zu dem Ergebnis gekommen, daß eine ganz bestimmte Ursache bei der Abweichung des Ergebnisses von dem Vergleichsobjekt eingewirkt hat, so ist hiermit die Wirkungssphäre der statistischen Arithmetik erschöpft; über die innere Beziehung zwischen Ursache und Wirkung vermag sie nicht Auskunft zu erteilen; wer derartige Anforderungen stellt, verkennt die Grenzen der Anwendbarkeit des

[1]) Armut und Todesursachen, Zugleich ein Beitrag zur Methodologie der Statistik. Wilh. Seidel, 1886 und Ztschr. f. Hygiene, Bd. 18.

Verfahrens. Mit besonderer Schärfe und Klarheit hat F. Martius diese Grenzen der Methodik betont.[1]) Höchstens vermag die Methode durch Teilung des Materials, wofern eine solche möglich ist, die ursächlichen Beziehungen schärfer zu fassen. Ein Beispiel mag auch hier diesen Satz erläutern. Im Juni des Jahres 1889 stieg die Gesamtsterblichkeit in Berlin in ungewöhnlichem Maße an, so daß die Annahme einer besonderen Ursache unerläßlich war. Eine Teilung des Materials nach Altersklassen und Todesursachen ergab, daß diese Übersterblichkeit auf das Konto der Säuglinge und ihrer Sterblichkeit an Brechdurchfall kam. Die weitere Teilung nach dem Gesichtspunkt der Ernährung lehrte weiter, daß von 2969 Todesfällen dieser Gruppe allein 2424 Todesfälle auf Kinder fielen, die mit Tiermilch allein oder mit Tiermilch und Surrogaten ernährt wurden. Ein Studium der Temperaturverhältnisse zeigte schließlich, daß der Juni 1889 in vierzigjährigem Zeitraum die höchste Temperatur bot, die überhaupt, nicht bloß in jenem Monat, in Berlin zur Beobachtung gekommen war. Eine Teilung nach der Wohnungsgröße und -lage durch Intensitätsberechnung ergab, daß die ärmere Bevölkerung den Hauptanteil an der Sterblichkeit trug. Eine weitere Teilung des Materials ist nicht möglich. Die statistische Methode berechtigt also zu dem Schluß, daß die abnorme Sommerhitze durch Beeinflussung der künstlichen Säuglingsnahrung namentlich in den ungünstigen Wohnungen der ärmeren Bevölkerung die gesteigerte Sterblichkeit verursacht hat. Über den inneren Zusammenhang ein Urteil abzugeben, ist die Statistik nicht zuständig, das mußten weiter die klinische Beobachtung und die experimentelle Methodik entscheiden, wie sie das im vorliegenden Falle ja auch wirklich getan haben. Hat die Statistik das Vorhandensein ursächlicher Beziehungen erwiesen, so ist sie ferner nicht in der Lage zu entscheiden, was Ursache, was Wirkung ist. Wenn z. B. der Löffler'sche Bazillus sich selbst bei 25 Proz. gesunder Individuen auf den Schleimhäuten findet, dagegen bei mehr als 90 Proz. solcher Menschen, welche das klinische Bild der Diphtherie darbieten, so hieße es die Gesetze der Logik verleugnen, wenn man einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der spezifischen Krankheit und dem Vorkommen des Keims in ihren Produkten bestreiten wollte. Ob aber das Vorkommen des Bazillus die Ursache oder die Folge der pathologischen Veränderungen ist,

[1]) Virchow's Archiv, Bd. 83, und Pathogenese innerer Krankheiten. Teplitz u. Deudike, 1900.

das kann die Erörterung des Zahlenverhältnisses nicht entscheiden. Dafür ist der Kliniker und der Bakteriologe zuständig, der aus seinen Versuchen und Beobachtungen den Beweis zu erbringen hat, daß der Keim spezifisch und der Erreger der Krankheit ist. Nur darf er seinerseits wiederum nicht verlangen, daß man ihm blindlings folgt, wenn er weiter nichts als das Zahlenverhältnis für den inneren Zusammenhang der ursächlichen Bedeutung vorzuführen vermag.

Auch verrät schließlich die Aufdeckung der ursächlichen Beziehungen nichts darüber, ob der kausale Zusammenhang ein unmittelbarer ist und nicht vielmehr über viele Zwischenglieder wirkt. Im obigen Beispiel der Juniepidemie des Jahres 1889 war der Zusammenhang zwischen Sommerhitze und Verderbnis der Kuhmilch ein unmittelbarer ohne weitere Zwischenglieder. Das hat aber nicht der statistische Schluß ergeben, sondern die biologische Erfahrung. Wenn jedoch z. B. der Nachweis geliefert wird, daß die Zahl der Knöchelbrüche im Winter eine erheblich größere ist als im Sommer, so würde sich niemand der Lächerlichkeit des Schlusses aussetzen wollen, daß die Winterkälte unmittelbar die Knochen brüchiger mache. Und doch darf lediglich auf Grund der Tatsache, daß im Sommer die Zahl der Grippen und Katarrhe erheblich geringer ist als im Winter, ungestraft behauptet werden, daß dies auf die bakterientötende Wirkung der Sonnenstrahlen zurückzuführen sei. Wieviel Zwischenglieder zwischen den beiden Endpunkten der Kausalreihe Klima und Zahl der Grippeerkrankungen deren Abhängigkeit der Zahlenansatz ergibt, eingeschaltet sein mögen, darüber gibt dieser Ansatz gar keinen Aufschluß. Wenn also bei dem statistischen Experiment durch vorsichtigste Anordnung und scharfsinnige Fragestellung endlich alle Schwierigkeiten überwunden sind, und das Ergebnis fertig und einwandsfrei zutage tritt, so gilt bei der Ziehung der Schlüsse nirgends mehr als hier das Wort: In der Beschränkung zeigt sich erst der Meister. Wenn man aber die Grenzen dieser Methode kennt und beachtet, so gewährt auf dem Gebiete der biologischen Wissenschaften kaum eine andere Art der wissenschaftlichen Fragestellung eine solche Sicherheit wie gerade die statistische Arithmetik. Das beweisen z. B. folgende Beispiele aus der neueren Literatur, in denen es gelang, lediglich mittels der statistischen Methode für bestimmte schwierige Probleme aus der Pathogenese des Menschen ganz eindeutige Lösungen zu finden. So stellt Westergaard[1]) das statistische

---

[1]) Lehrbuch, 2. Aufl., S. 512—522.

Material zusammen und vermehrte es durch eigene Beobachtungen, aus denen hervorgeht, daß die Abkömmlinge aus Familien, in denen Fälle von Schwindsucht vorgekommen sind, eine größere Wahrscheinlichkeit haben, später an Schwindsucht zu erkranken, als der Durchschnitt. In besonders fein ausgebildeter Methodik zeigte ferner W. Weinberg,[1]) daß die überlebenden Ehegatten Schwindsüchtiger eine doppelt so hohe Schwindsuchtssterblichkeit haben wie die Gesamtbevölkerung; er schließt, daß hierbei der Gefahr direkter Ansteckung eine erhebliche, wenn auch, wie er weiter ausführt, nicht ausschließliche Bedeutung zukommt. Weinberg[2]) zeigte ferner, daß umgekehrt bei der Verfolgung des Schicksals der Ehegatten von Krebskranken das Zahlenverhältnis keinen Anhaltspunkt für eine gesteigerte Erkrankungsgefahr ergibt, daß vielmehr die Zahl der beobachteten Fälle von Krebs beider Gatten (Cancer à deux) innerhalb der Grenzen der Erwartung liegt, ein nach Methodik wie Ergebnis gleich bemerkenswerter Schluß. A. Gottstein[3]) und G. Florschütz[4]) zeigten, daß die Wahrscheinlichkeit, an Lungenschwindsucht zu erkranken, für Menschen mit einem Mißverhältnis von Brust- bzw. Bauchumfang und Körpergröße größer ist als für den Durchschnitt und daß dieses Mißverhältnis nicht die Folge latenter Erkrankung ist, sondern ihr der Zeit nach vorausgeht. Damit ist auf indirektem Wege die Bedeutung konstitutioneller Minderwertigkeit für die Begünstigung des Umsichgreifens einer tuberkulösen Infektion bewiesen.

Die statistische Arithmetik ergänzt also in Fällen, die, wie die oben erwähnten, der direkten experimentellen und klinischen Beantwortung nicht zugänglich sind, erfolgreich die Lücken der Untersuchungsmethodik.

(Schluß folgt.)

---

[1]) Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, V, 4.
[2]) Zeitschrift für Krebsforschung, Bd. II u. IV.
[3]) Med. Reform, 1905.
[4]) Berichte des II. Kongresses für Versicherungsmedizin. Mittler, 1906, Bd. I.

Die hohe Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen in vielen Berufen.

Von Dr. med. Fr. Prinzing, Ulm.

In einer früheren Arbeit wurde von mir darauf hingewiesen, daß die Erkrankungshäufigkeit der jungen Arbeiter höher ist als die der späteren Lebensalter, als Ursache wurde die geringere Energie der jungen Arbeiter; die auch bei leichten Erkrankungen eher zu Hause bleiben, und die kleinere Widerstandskraft angeführt.[1] Es ist von Wert, dieser Erscheinung weiter nachzugehen, insbesondere zu untersuchen, bei welchen Berufen sie besonders getroffen wird, ob sie etwa davon abhängig ist, daß schwächliche Personen in diese eintreten, durch was sie verursacht wird und welche Erkrankungsformen sie hauptsächlich bedingen. Wir beschränken uns dabei auf das männliche Geschlecht.

Da zu derartigen Untersuchungen eine Trennung der Gesamtzahl der Kassenmitglieder und der Erkrankten nach Altersklassen nötig ist und diese Trennung bei den deutschen Krankenkassen fast nirgends vorgenommen wurde, so ist man hauptsächlich auf außerdeutsches, insbesondere österreichisches Material angewiesen. Für Deutschland liegen nur die Arbeiten Heym's für die Gegenseitigkeit, die Bleicher's für die Frankfurter und Bockenheimer Ortskrankenkassen und einige kleinere Veröffentlichungen vor.

Man findet die höhere Morbidität der jungen Arbeiter mehr, wenn nur die Krankheiten mit Erwerbsunfähigkeit in Betracht gezogen werden, viel weniger bei den Krankheiten, die ohne diese

---

[1]) Die Erkrankungshäufigkeit nach Beruf und Alter. Ztschr. f. die ges. Staatsw., 1902, S. 435.

einhergehen. Um einen allgemeinen Überblick zu gewinnen, seien die folgenden Ziffern mitgeteilt.[1]) Auf 100 Mitglieder kamen Krankheitsfälle im Jahre

beim Alter von	Frankfurt (1896) erwerbsf.	Frankfurt (1896) erwerbsunf.	Bockenheim (1896–97) erwerbsf.	Bockenheim (1896–97) erwerbsunf.	Österreich (1891—95) erwerbsunf.
unter 15 Jahren	56,5	43,5	49,6	68,6	43,0
16—20 „	66,6	35,1	67,0	63,0	42,3
21—30 „	66,6	35,1	70,9	54,6	43,6
31—40 „	59,6	43,9	69,7	61,6	47,4
41—50 „	59,7	52,6	72,7	66,4	52,6
51—60 „	66,8	63,5	79,8	68,2	58,8
über 60 „	65,0	56,0	67,7	76,0	68,2

In allen drei Reihen zeigen die erwerbsunfähig Erkrankten beim Alter von unter 15 oder von 15—20 Jahren eine höhere Morbidität als die späteren Altersklassen. Dieselbe Erscheinung findet man bei den Wiener Krankenkassen, bei denen der Morbiditätsstatistik besondere Sorgfalt zuteil wird. S. Rosenfeld hat deren Ergebnisse in einer großen und sorgfältigen Arbeit zusammengestellt.[2]) Wir entnehmen derselben die Ziffern für die allgemeinen Arbeiterkrankenkassen und für die Genossenschaftskassen bis zum 40. Lebensjahre; sie beziehen sich auf die Jahre 1892—1902. Auf 100 Mitglieder kamen Erkrankungen

beim Alter von	Allgemeine Arbeiterkrankenkasse erwerbsf.	Allgemeine Arbeiterkrankenkasse erwerbsunf.	Genossenschaftskassen erwerbsf.	Genossenschaftskassen erwerbsunf.
unter 15 Jahren	16,4	45,9	66,5	46,2
16—20 „	29,7	57,4	27,2	38,8
21—25 „	31,7	53,4	26,5	33,1
26—30 „	28,0	53,3	24,7	29,5
31—35 „	27,0	54,4	23,2	30,1
36—40 „	27,0	55,5	23,8	32,9

Noch viel mehr als bei den oben angeführten Kassen tritt hier die hohe Zahl der erwerbsunfähig Erkrankten im Alter von unter 20 Jahren hervor.

Es muß hier darauf hingewiesen werden, daß die Feststellung

[1]) H. Bleicher, Frankfurter Krankheitstafeln, Frankfurt a. M. 1900. — Nachträgliche Mitteilungen über die Ergebnisse der Krankheitsstatistik der Krankenkassen in den Jahren 1891—95. Wien 1900. — F. Prinzing, Handb. der med. Statistik, 1906, S. 106 ff.

[2]) Die Gesundheitsverhältnisse der Wiener Arbeiterschaft. Stat. Mon., 1905, N. F., Bd. 10, S. 853 ff.

der durchschnittlichen Mitgliederzahl bei den österreichischen Kassen nur annähernd stattfindet; bei den Kassen des ganzen Landes wurde sie für 1891—95 aus den Anfangs- und Endbeständen unter Anwendung eines aus der Bewegung des Mitgliederstandes gewonnenen Korrektionsfaktors berechnet, bei der Allgemeinen Arbeiterkrankenkasse nur aus Aufnahmen des Bestandes am Anfang und Ende des Jahres, bei den Genossenschaftskassen aus diesen und zwei weiteren Aufnahmen (am 15. März und 15. September). Gerade bei den Lehrlingen und jungen Gehilfen finden Schwankungen im Bestand statt: tritt die größere Anzahl im Frühjahr ein, so wird die durchschnittliche Mitgliederzahl zu groß, ist dies im Herbst der Fall, so wird sie zu klein. Viel genauer ist die Ermittlung des Mitgliederstandes bei den Frankfurter Krankheitstabellen, da hier die Zahl der Mitgliedertage und aus dieser durch Division mit 365 bzw. 366 die genaue Mitgliederzahl berechnet wurde.

Trotz der höheren Morbidität ist die Dauer der Erkrankung bei den jungen Arbeitern kleiner als bei den älteren; auf einen Krankheitsfall mit Erwerbsunfähigkeit kamen Krankentage

beim Alter von	Frankfurt	Bockenheim	Österreich
unter 15 Jahren	14,7	10,3	12,6
16—20 „	16,4	12,5	13,7
21—30 „	19,3	12,3	14,3
31—40 „	22,7	13,9	15,9
41—50 „	27,1	17,9	18,6
51—60 „	32,9	19,4	21,4
über 60 „	38,9	26,0	29,8

Die kürzere Dauer der Erkrankungen beweist, daß das Mehr derselben nicht durch konstitutionelle Leiden bedingt ist, die durch die Berufsarbeit eine Verschlimmerung erfahren, sondern durch leichte Erkältungen und Verletzungen, durch Übermüdung und andere Dinge. Daß die Mortalität der Lehrlinge und jungen Gehilfen keine höhere ist, braucht wohl kaum besonders erwähnt zu werden.

Wir gehen zur Morbidität der einzelnen Berufsarten über. Die Ziffern der Frankfurter Kasse sind zwar sehr exakt berechnet, beziehen sich aber leider nur auf ein Jahr, so daß sie bei der Teilung nach Beruf und Alter sehr klein werden. Es seien daher nur für die Berufe mit großer Mitgliederzahl die Ziffern angeführt; sie beziehen sich auf die Zahl der Erkrankten, nicht der Erkrankungen.

	Zahl der Mitglieder von unter 20 Jahren	erwerbsf. 14—20 J.	Erkrankte 21—30 J.	erwerbsunf. 14—20 J.	Erkrankte 21—30 J.
Kaufleute	1079	59,1	55,1	21,1	21,0
Schneider	184	40,5	44,1	28,6	20,8
Schreiner	214	31,1	39,6	36,7	33,0
Schmiede, Schlosser	890	42,7	49,0	41,8	35,9
Maler, Lakierer	223	24,0	28,1	30,2	28,7
Buchdrucker	336	39,4	43,3	37,1	28,5
Bierbrauer	43	25,6	32,2	46,5	43,5
Fuhrleute, Kutscher	54	28,1	31,6	28,1	31,3
Alle Berufe	7423	42,1	40,7	30,0	28,7

Bei den erwerbsfähig Erkrankten haben die 14—20 Jahre alten keine höheren Ziffern, dagegen fast stets bei den erwerbsunfähig Erkrankten; am schlechtesten stellen sich die jungen Schneider, Schmiede, Schlosser und Buchdrucker, doch haben auch die jugendlichen Schreiner, Maler und Bierbrauer höhere Ziffern, bei den Kaufleuten und Kutschern ist dies dagegen nicht der Fall.

Sehr großes Material bietet die österreichische Statistik der Jahre 1891—95, in welcher für viele Berufsarten die Morbidität nach Altersklassen ermittelt ist. Die Ziffern sind teils für Genossenschaftskassen, in denen das Kleingewerbe vertreten ist, teils für Betriebskassen, die dem Großgewerbe entsprechen, berechnet. Die Mitgliederzahlen sind vom 16. Jahre an zur Berechnung von Verhältnisziffern genügend groß, im Alter von unter 15 Jahren dagegen manchmal recht klein, für diese Altersklasse sind daher die Mitgliederzahlen beigefügt. Zunächst geben wir die Ziffern für die Genossenschaftskassen.

	Beobachtete Personen unter 15 J.	Auf 100 Mitglieder Erkrankungen				
		unter 15 J.	16—20 J.	21—25 J.	26—30 J.	31—40 J.
Handlungsbedienstete	471	9,1	18,8	19,1	17,5	17,6
Metzger	179	16,8	28,5	30,2	30,2	30,1
Schneider	119	23,5	31,4	27,4	17,2	24,3
Schuhmacher	223	27,8	36,1	29,9	23,5	23,4
Drechsler	49	24,5	29,6	26,6	25,9	24,9
Buchbinder	68	50,0	35,5	29,5	25,7	25 5
Handschuhmacher	44	22,7	33,8	31,4	34,6	31,2
Gold- u. Silberarbeiter	8	12,5	35,0	32,7	25,2	28,3
Lederarbeiter	147	22,4	32,8	24,9	24,2	24,3
Bäcker, Zuckerbäcker	227	20,7	35,0	34,0	28,8	30,7
Schreiner, Wagner	66	47,0	33,9	28,6	28,3	29,9
Schlosser, Schmiede	350	27,7	41,1	38,8	36,4	32,8
Buchdrucker	26	57,7	47,3	39,6	36,9	36,3
Fuhrleute, Kutscher	9	33,3	21,6	32,6	38,4	41,0
Bauarbeiter	953	76,3	52,1	39,4	38,7	42,1

In Österreich haben die jugendlichen Gehilfen derselben Gewerbe, für die dies in Frankfurt nachgewiesen wurde, hohe Ziffern, außerdem bei mehreren Gewerben, die in Frankfurt wegen der kleinen Grundzahlen nicht in Betracht kommen konnten, bei den Schuhmachern, Buchbindern, Bäckern, Gold- und Silberarbeitern, Sattlern und Bauarbeitern. Wie in Frankfurt haben auch in Österreich die jungen Handlungsgehilfen und die Fuhrleute keine höheren oder nur wenig höhere Ziffern als die späteren Altersklassen, dasselbe findet sich in Österreich bei den Metzgern, Drechslern und Handschuhmachern.

Nach Rosenfeld teilen wir einen Teil der Ziffern für die Wiener Genossenschaftskassen mit und fügen zugleich die Zahlen für die Wiener Lehrlingskassen der Tabelle bei. Auf 100 Mitglieder kamen Erkrankungen bei den Genossenschaftskrankenkassen

	der Lehrlinge (1894—1902)	der Gehilfen (1892—1902)			
		unter 20 J.	21—25 J.	26—30 J.	31—40 J.
Schneider	9,4	44,3	32,6	19,5	19,3
Schuhmacher	20,8	33,4	29,3	24,7	26,2
Drechsler	28,2	25,3	23,3	29,8	30,8
Buchbinder	19,2	36,0	32,4	26,7	26,0
Handschuhmacher	14,5	—	25,7	22,6	22,8
Gold- u. Silberarbeiter	21,5	39,2	35,5	30,6	31,0
Sattler	13,5	29,0	28,1	22,1	22,7
Bäcker	20,7	27,9	31,4	30,4	26,4
Friseure	19,9	20,5	24,2	21,4	24,8
Posamentierer	23,4	29,6	21,1	18,9	25,5
Hutmacher	18,4	34,7	34,6	33,1	38,8
Schreiner	17,4	35,3	35,8	33,3	33,8
Zimmerleute	—	47,5	44,8	36,8	40,4
Glaser	10,4	31,5	27,5	32,1	32,6
Spengler	11,1	31,6	31,1	31,9	34,9
Maler	—	32,7	31,6	34,2	36,7
Mechaniker	—	42,6	35,5	32,4	37,2
Schlosser	39,3	47,5	46,0	39,8	38,8
Hufschmiede	19,9	35,9	30,4	31,4	33,2
Feinzeugschmiede	23,2	52,9	44,9	38,8	36,5
Buchdrucker	—	46,3	50,3	45,4	42,3
Lithographen	29,5	79,0	38,9	21,2	20.4

Im allgemeinen entsprechen auch diese Ergebnisse den bisher gewonnenen; die jungen Gehilfen haben hohe Ziffern bei den für Frankfurt und Österreich angeführten Gewerben und außerdem bei den Zimmerleuten, Posamentierern und Mechanikern, für welche dort keine Ziffern vorhanden sind. Kleine Ziffern vor dem 20. Jahre

haben wie dort die Drechsler,[1]) außerdem die Hutmacher, Friseure, Glaser und Spengler; ein Unterschied zeigt sich nur bei den Malern, die in Frankfurt vor dem 20. Lebensjahre eine höhere, in Wien eine kleinere Morbidität haben als in den späteren Altersklassen. Da sich somit aus allen drei statistischen Erhebungen dieselben Schlußfolgerungen ergeben, so ist als sicher anzunehmen, daß es nicht mangelhafte Aufnahmen sind, die diese vortäuschen, sondern daß sie auf tatsächlichen Verhältnissen beruhen.

In den bisher gegebenen Zahlen sind die Lehrlinge gewöhnlich nicht inbegriffen. In Deutschland werden sie beim Kleingewerbe meist in die Krankenpflegeversicherung aufgenommen, in Österreich bestehen eigene Lehrlingskassen.[2]) Da diese andere Bestimmungen haben als die Genossenschaftskassen für die Gehilfen, so können natürlich Vergleiche zwischen beiden Kassen nicht angestellt werden; die Ziffern für die Genossenschaftskrankenkassen der Lehrlinge in Wien sind in obiger Tabelle enthalten. In den großen Betrieben sind auch die Lehrlinge, die hier meist schon einen kleinen Tagesverdienst haben, in den Betriebskassen versichert, weshalb bei diesen auch die Mitglieder unter 15 Jahren sehr zahlreich sind und sichere Verhältniszahlen für letztere berechnet werden können.

Fabriken	Beobachtete Personen unter 15 J.	Auf 100 Mitglieder Erkrankungen				
		unter 15 J.	16—20 J.	21—25 J.	26—30 J.	31—40 J.
Textilarbeiter	21 425	45,3	42,2	38,6	35,5	34,6
Fabriken f. Bekleidung	310	50,6	42,0	39,0	38,1	40,2
Ton- u. Porzellanwaren	2 433	60,6	48,4	43,7	40,7	39,6
Zündholzfabriken	236	43,6	49,0	43,5	49,4	48,6
Ziegeleien, Zementfabr.	552	56,5	45,0	45,6	47,1	47,2
Buchdruckereien	440	35,0	47,9	51,2	47,7	46,9
Lederfabriken	264	47,7	55,4	47,5	47,7	43,6
Holzwarenfabriken	875	44,6	50,5	45,1	47,6	51,7
Glasfabriken	3 729	69,1	56,0	58,4	61,6	56,5
Zuckerfabriken	3 711	61,4	60,6	64,4	61,1	56,5
Papierfabriken	1 202	69,1	64,1	61,1	58,9	58,7
Heizung u. Beleuchtung	78	47,4	71,6	65,3	58,2	58,5
Eisen- u. Metallwaren	5 526	67,6	70,3	66,9	64,4	58,7
Brauereien, Brennereien	150	111,3	80,2	68,7	70,9	58,4
Eisenbahndienst	1 403	90,8	75,8	64,4	63,3	63,9
Chemische Industrie	484	87,4	100,2	86,8	79,0	70,6
Hüttenwerke	1 305	86,1	93,1	94,1	90,8	78,5

[1]) Bei der Lehrlingskasse haben die Drechsler hohe Morbiditätsziffern. Vgl. Rosenfeld a. a. O. S. 900.

[2]) Rosenfeld a. a. O. S. 901.

In den Betriebskassen sind die Erkrankungsziffern beträchtlich höher als beim Kleingewerbe; die Ursachen hiervon habe ich an anderer Stelle auseinandergesetzt. Die Ziffern für die österreichischen Betriebskassen aus den Jahren 1891—95 finden sich in der vorstehenden Tabelle.

Fast bei allen Fabrikationszweigen ist die jüngste Altersklasse sehr hoch belastet, Ausnahmen machen nur die Zündholz-, Zucker- und Holzwarenfabriken und die großen Buchdruckereien. Sehr bedeutend ist die Morbidität der jungen Gehilfen bei den großen Bierbrauereien, in den Ton- und Porzellanwarenfabriken, beim Eisenbahndienst und in der chemischen Industrie. Am größten ist der Unterschied in den Brauereien; die bedeutende Höhe der jugendlichen Arbeiter bei denselben beruht nicht auf Zufall, wir finden sie z. B. auch bei den Krankenkassen der Bezirkshauptmannschaft Pilsen; dort kamen 1898—99 auf 100 Kassenmitglieder Erkrankungen[1])

beim Alter von	1898	1899
15—20 Jahren	145,0	165,5
20—40 „	44,4	68,2
40—60 „	55,4	72,7

Der Einwand ist naheliegend, daß die hohen Morbiditätsziffern in den ersten Jahren der Berufstätigkeit nicht sowohl auf den Einfluß des Berufs als darauf zurückzuführen seien, daß gewisse Berufe von schwächlichen Leuten besonders gerne ergriffen werden. Einen zahlenmäßigen Ausdruck für die körperliche Entwicklung der Berufsangehörigen gibt der Grad ihrer Militärtauglichkeit. Wie meist, so fehlen solche Feststellungen auch in Österreich. Daher sind in der folgenden Tabelle die Ergebnisse der Schweizer Rekrutierungsstatistik aus den Jahren 1885—91 benützt;[2]) im allgemeinen wird ja das gegenseitige Verhältnis der Berufsarten in dieser Hinsicht in der Schweiz und in Österreich nicht sehr verschieden sein. Man erhält so die folgende Gegenüberstellung:

(Siehe Tabelle auf folgender Seite.)

Aus dieser Zusammenstellung geht mit Sicherheit hervor, daß die hohe Morbidität der jungen Gehilfen in manchen Berufen nicht

---

[1]) J. Pelc, Bericht über die sanitären Verhältnisse und Einrichtungen im Kgr. Böhmen 1899—1901. Prag 1903, S. 73.

[2]) O. Heer, Beitrag zur Kenntnis der Rekrutierungsverhältnisse der landwirtschaftlichen und industriellen Bevölkerung der Schweiz. Schaffhausen 1897. — Prinzing, Handbuch der med. Statistik, 1906, S. 242f.

Auf 100 definitiv beurteilte Stellungspflichtige sind tauglich	Die Morbidität ist bei jungen Arbeitern	
	höher als bei den älteren	nicht höher als b. d. älteren
weniger als 50	Schneider	Friseure
50—55	Textilarbeiter	—
55—60	Schuhmacher, Buchbinder	—
60—65	Buchdrucker	Maler, Spengler, Kaufleute
65—70	Maurer, Bäcker, Schreiner	Glaser
70—75	Zimmerleute, Schlosser, Mechaniker, Schmiede, Eisenbahndienst	Metzger, Fuhrleute

davon herrührt, daß diesen mit Vorliebe schwächliche Personen sich zuwenden; sie findet sich auch in vielen Gewerben, deren Angehörige eine sehr hohe Militärtauglichkeit aufweisen, also eine gute körperliche Beschaffenheit in den Beruf mitbringen.

Die Ursachen der hohen Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen sind zweierlei Art:

1. Unerfahrenheit und Ungeschicklichkeit,
2. ungenügende körperliche Entwicklung und Mangel an Widerstandskraft.

Unerfahrenheit und Ungeschicklichkeit sind die Ursachen der zahlreichen kleinen Verletzungen junger Arbeiter bei vielen Berufen (Maurer, Zimmerleute, Schlosser, Mechaniker, Schmiede, Hüttenwerke, Eisenbahndienst u. a.) und mancher Erkrankungen durch Berufsschädlichkeiten, die schon bald zur Wirkung kommen und gegen die sich erfahrene Arbeiter eher zu schützen wissen; solche sind scharfe Gase und Wasserdampf (in chemischen Fabriken, Fabriken für Heizung und Beleuchtung, Textilfabriken) oder gefährliche Staubarten (Glas-, Ton- und Porzellan-, Textilfabriken, schlecht eingerichtete Buchdruckereien).

Viele Lehrlinge und junge Gehilfen sind noch nicht genügend entwickelt, um den Anforderungen, die an sie gestellt werden, vollauf genügen zu können, so daß sie in den ersten Jahren ihrer Berufstätigkeit an Übermüdung leiden, besonders wird dies durch lange Arbeitszeit, unvollkommene Nachtruhe (Bäcker, Kellner), dauerndes Stehen (Plattfuß, X beine) befördert. Werden die Lehrlinge und jungen Gehilfen gleich zu schwerer Arbeit herangezogen, so zeigen sich die gewöhnlichen Folgen der Überanstrengung (Muskelschmerzen, Herzklopfen). Sehr gering ist die Widerstands-

kraft vieler jungen Arbeiter, so daß sie sehr zu Erkältungen (Katarrhen, Angina) disponiert sind; Frostbeulen werden bei jungen Leuten viel mehr beobachtet als bei älteren. Daß sehr junge Arbeiter im Erkrankungsfalle eher zu Hause bleiben, wurde schon eingangs erwähnt.

Endlich wären noch die allgemeinen Lebensverhältnisse zu erwähnen. Die Schlafstellen der Lehrlinge und jungen Gehilfen sind oft sehr ungesund, dies spricht sich z. B. in der Häufigkeit der Krätze aus, die in Frankfurt und in Wien, wie gleich nachher gezeigt werden soll, bei ihnen häufiger als bei älteren Arbeitern beobachtet wird. Tausende von Lehrlingen in den Städten haben keine Verwandte und sind allein auf das, was sie in der Familie des Meisters erhalten, angewiesen, so daß nicht selten die Ernährung ungenügend ist. Andererseits treiben sich die Lehrlinge und jungen Gehilfen, wenn sie weder bei ihren Eltern noch Meistern wohnen, sehr oft abends in den Kneipen herum, wodurch sie teils wegen des ungenügenden Schlafes, teils durch übermäßiges Biertrinken und Rauchen und selbst durch zu frühzeitigen Geschlechtsverkehr ihrer Gesundheit schweren Schaden zufügen.

Die letzteren Schädlichkeiten kommen in den großen Städten viel mehr in Betracht als auf dem Lande und in Kleinstädten, wobei noch hinzukommt, daß die Landbewohner mit 15 Jahren körperlich mehr entwickelt sind als die Stadtbewohner, daß die Arbeitszeit in den Städten meist länger ist und daß die Arbeitsräume auf dem Lande vor den städtischen verschiedene Vorzüge haben. Lehrlinge und junge Gehilfen zeigen daher in den Großstädten eine viel größere Erhöhung der Morbidität als in Kleinstädten und auf dem Lande. Bei dem Mangel einer Morbiditätsstatistik der Krankenkassen auf dem Lande stehen mir hierfür keine direkten Beobachtungen zu Gebote, doch geht es aus einem Vergleich der Erkrankungsziffern der Genossenschaftskassen Wiens (1892—1902) und der von ganz Österreich (1891—95) deutlich hervor. Leider beziehen sich die Ziffern nicht auf die gleichen Perioden. Auf 100 Mitglieder kamen Erkrankungen bei den Genossenschaftskrankenkassen

beim Alter von	in Wien	in Österreich
unter 15 Jahren	46,2	37,7
16—20 „	38,8	29,7
21—25 „	33,1	26,3
26—30 „	29,5	25,8
31—35 „	30,0	28,2
36—40 „	32,9	31,1

Während nach dem 30. Lebensjahre sich fast kein Unterschied mehr zeigt, ist die Morbidität in Wien vorher, besonders vor dem 20. Jahre, ganz erheblich höher als bei den Genossenschaftskassen ganz Österreichs.

Um ein genaues Bild von der Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen zu erhalten, wäre eine Kenntnis der Art der Erkrankung nötig. Leider wird diese fast stets, auch bei den Wiener Kassen, ohne Unterscheidung nach dem Alter mitgeteilt; eine Trennung nach Beruf, Alter und Art der Erkrankung ist meines Wissens überhaupt noch nie vorgenommen worden. Die Ursache liegt darin, daß selbst die Zahlen sehr großer Kassen bei dieser reichen Gliederung zu klein werden. Bleicher hat für die Gesamtzahl der Mitglieder der Frankfurter Ortskrankenkassen für 1896 eine Trennung nach Alter und Art der Krankheit vorgenommen; die in der folgenden Tabelle mitgeteilten Ziffern beziehen sich auf die Erkrankungen mit und ohne Erwerbsfähigkeit. Auf 100 Mitglieder jeden Alters kommen Erkrankungen an[1])

	14—20 J.	21—30 J.	31—40 J.
Infektionskrankheiten	4,6	4,2	5,8
Syphilis	3,1	5,8	2,6
Anämie, Chlorose	1,1	0,6	0,5
Andere allgemeine Krankheiten	1,6	1,5	1,2
Erkrankungen des Nervensystems	2,5	3,3	3,8
„ „ Herz- und Gefäßsystems	1,8	2,0	2,3
Angina	5,3	4,4	3,4
Erkrankungen der Atmungsorgane	11,9	13,4	15,9
„ „ Zähne	9,4	6,4	4,9
„ „ Verdauungsorgane	7,8	10,2	15,0
„ „ Harn- u. Geschlechtsorgane	2,2	4,0	2,3
„ „ Bewegungsorgane	8,7	8,7	13,7
„ „ Augen	8,3	6,6	5,7
„ „ Ohren	2,3	1,9	1,7
Chronische Hautausschläge	3,9	3,2	2,3
Geschwüre und Abszesse	4,2	3,3	3,4
Krätze	1,2	1,0	0,3
Andere Hautkrankheiten	7,7	5,6	4,7
Unfall, Verletzung	13,1	14,6	12,3
Ohne Angabe	0,8	1,0	1,7
Überhaupt	101,5	101,7	103,5

Die Krankheiten, die danach bei den jungen Arbeitern häufiger auftreten als im späteren Lebensalter, sind die Allgemeinkrank-

[1]) F. Prinzing, Die Erkrankungshäufigkeit nach Geschlecht und Alter. Ztschr. f. Hyg. u. Inf., Bd. 42, 1903, S. 479 ff.

heiten (besonders Blutarmut und Syphilis), Angina, Zahnleiden, Krankheiten der Augen und Ohren und die Krankheiten der Haut, wobei zu bemerken ist, daß die zu dieser Rubrik gezogenen Geschwüre sehr häufig Frostbeulen oder Folgen von Verletzungen (Panaritien) sind.

Auch für die Lehrlingskassen in Wien wird die Art der Erkrankung mitgeteilt; sie lassen sich aber mit den Genossenschaftskassen der Gehilfen nicht ohne weiteres vergleichen, da die Bestimmungen der beiden Kassen verschieden sind und zweifellos bei den Lehrlingen leichte Fälle, die bei den Gehilfen zur Anzeige kommen, nicht zur Anmeldung gebracht werden, auch gelten die Ziffern für beide Geschlechter zusammen. Es seien nach Rosenfeld von den häufig vorkommenden Erkrankungen die angeführt, die bei den Lehrlingen mit höheren Zahlen als bei der Gesamtzahl der Gehilfen vertreten sind. Auf 10000 Mitglieder kamen mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Erkrankungen[1])

	Lehrlinge	Gehilfen
Scharlach	8	3
Masern	7	3
Blutarmut	32	32
Lungenentzündung	39	33
Augenkrankheiten	68	66
Kontagiöse Bindehautentzündung	14	10
Krankheiten der Nase u. des Kehlkopfs	49	30
Krätze	62	30
Wunden	150	147
Deformitäten	11	7

In Frankfurt und Wien sind demnach ungefähr dieselben Krankheiten bei den jungen Arbeitern häufiger, zugleich bestätigen die statistischen Angaben das, was oben über die Ursachen der hohen Morbidität der Lehrlinge und jungen Gehilfen gesagt wurde.

Von diesen Ursachen lassen sich manche beseitigen; hierzu kann teils der einzelne, teils die Regierung beitragen.

Nur bei strengen und gewissenhaften Lehrmeistern können die Jungen ihren Beruf ordentlich erlernen; man sieht daher, daß gerade diese Meister von den Eltern für ihre Kinder gesucht sind. Selbst auf die Gefahr hin, daß der Meister, bei dem viel gelernt wird, nicht so sehr gewissenhaft ist und die Kinder ausnützt, erhält

[1]) Rosenfeld a. a. O., Bd. XI, 1906, S. 57.

er doch reichen Nachschub an Lehrlingen. Von großer Wichtigkeit ist es, daß die Eltern für ihre Söhne solche Berufe auswählen, zu denen ihre Körperkräfte ausreichen; ein Vorzug ist es, wenn die Söhne, die einen an die Körperkräfte große Anforderung stellenden Beruf ergreifen wollen, bei etwas mangelhafter Entwicklung erst ein Jahr später in die Lehre gebracht werden; ein vernünftiger Meister versteht es übrigens auch da zu individualisieren und wird nicht kräftige und weniger kräftige Lehrlinge mit demselben Arbeitsmaß belasten.

Die Schwierigkeiten wachsen, wenn der Junge nicht am Wohnort der Eltern in die Lehre gebracht werden kann. Es wird immer weniger Brauch, daß der Lehrling bei seinem Meister Kost und Wohnung erhält. Wo letzteres der Fall ist, müssen die Behörden dafür sorgen, daß den Lehrlingen gesunde Schlafräume zugewiesen werden; meist hat hier schon die von den Eltern vorgenommene Auslese die beste Wirkung. Wohnt der Lehrling nicht beim Meister und können ihn die Eltern nicht bei Verwandten oder Freunden unterbringen, so ist Kost und Wohnung oft mangelhaft, ganz abgesehen von den sittlichen Gefahren, die dann den Jungen in den Städten drohen. Durch Gründung von Lehrlings- und Jünglingsheimen kann dem am besten abgeholfen werden.

Der Staat hat die Pflicht, der Ausnützung der Lehrlinge und jungen Arbeiter durch den Meister bzw. Fabrikanten vorzubeugen; die Ausnutzung kann entweder in überlanger Arbeitszeit bestehen oder darin, daß dem Lehrling ungesunde Arbeit zugemutet wird, welche zu übernehmen ältere Arbeiter sich weigern. In Deutschland regelt die Gewerbeordnung das Verhältnis zwischen Lehrherrn und Lehrling; die Grundlage bildet § 127: „Der Lehrherr hat dafür Sorge zu tragen, daß den Lehrlingen nicht Arbeitsverrichtungen zugewiesen werden, welche seinen körperlichen Kräften nicht angemessen sind.“ Außerdem gibt § 120a der Gewerbeordnung den Behörden die Möglichkeit, junge Arbeiter von gesundheitsgefährlichen Betrieben auszuschließen. Für manche gefährliche Gewerbe wurden besondere Bestimmungen vom Bundesrat erlassen, die stets zugleich das Lehrlingswesen bei diesen regeln, so z. B. für die Bäcker am 4. März 1896, für die Müller am 26. April 1899, für die Kellner am 23. Januar 1902, für die Konfektionsindustrie am 17. Februar 1904, für die Maler und Anstreicher am 27. Juni 1905. Die Verwendung von Arbeitern von 14—16 Jahren in Fabriken ist durch § 135 der Gewerbeordnung geregelt; außerdem bestehen für eine

sehr große Anzahl von besonders gefährlichen Betrieben eigene Bestimmungen, so für Bergbau, Hüttenwerke, Bleifarben-, Zigarren-, Glas-, Zichorien-, Textilfabriken, Ziegeleien und manche andere. Der Zwang zum Besuch der Fortbildungsschule ist durchaus berechtigt; daß die obligatorischen Schulstunden in die normale Arbeitszeit eingefügt und nicht spät abends angesetzt werden sollen, bedarf für den, der mit den Verhältnissen nur ein wenig vertraut ist, keiner Begründung.

Auf den ersten Blick erregt es Befremden, wenn wir sehen, daß in Deutschland, das doch in vielem, was soziale Fürsorge und Arbeiterschutz betrifft, tonangebend ist, das Lehrlingswesen nicht einheitlich geregelt ist; daß § 127 Gew.-O. nicht als solche Regelung angesehen werden kann, beweisen ja die Sonderbestimmungen, die für manche Gewerbe getroffen wurden. Dies hängt mit der ganzen Entwicklung unserer Arbeitergesetzgebung zusammen, die sich mit den gefährlichsten Betrieben zuerst befaßte, dann Schritt für Schritt auf andere Betriebe sich ausdehnte. Daß die Materie endlich einmal durch ein einheitliches Gesetz geregelt werden muß, das alle Berufe umfaßt, und nicht nur diejenigen, deren Gefährlichkeit durch politische Parteien, Fachvereine u. a. ans Tageslicht gezogen wurde, darüber besteht wohl auch in Regierungskreisen kein Zweifel, und daß auch eine einheitliche Regelung des Lehrlingswesens möglich ist, beweisen die Lehrlingsgesetze der Kantone Zürich und Bern. Einzelbestimmungen eines solchen Gesetzes zu besprechen, gehört nicht in den Rahmen dieser Arbeit; nur das eine möchte ich jedem, der sich mit der Frage befaßt, ans Herz legen: mit der Beschränkung der Arbeitszeit allein ist es nicht getan, es muß zugleich, sei es vom Staat, sei es von den Gemeinden, für Räume gesorgt werden, in denen die Lehrlinge und jungen Gehilfen, die keinen Familienanschluß haben, außerhalb der Arbeitsstunden sich aufhalten können.

Leider steht uns außer der Frankfurter Statistik in Deutschland kein Material über die Morbidität junger Arbeiter zu Gebote. Die Untersuchungen, die von Reichs wegen zur Klarlegung ungünstiger Einwirkungen eines Gewerbes, einer Industrie angestellt werden, geschehen daher immer auf dem Wege der Enquete. Unbedingt sicherer wäre der Weg einer fortlaufenden Erkrankungsstatistik. Die Anwendung des § 127 Gew.-O. kann doch erst dann in Frage kommen, wenn nachgewiesen ist, daß die Arbeit über die Kräfte des Lehrlings geht. Dies geschieht in viel zweckmäßigerer Weise dadurch, daß regelmäßig statistische Erhebungen über die

Häufigkeit der Erkrankungen gemacht werden, als wenn gelegentlich einer Enquete besonders krasse Beispiele gewissenloser Prinzipale hervorgezogen werden, die geeignet sind, ein ganzes Gewerbe zu diskreditieren. Wir können daher nur dringend die Einführung einer Morbiditätsstatistik bei den Krankenkassen mit Unterscheidung von Altersklassen befürworten, aus der man, wenn sie in richtiger Weise benutzt wird, jederzeit erfahren kann, ob Abhilfe nötig ist und ob etwa getroffene Maßnahmen die gewünschte Abhilfe gebracht haben.

Der Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich.

Von Siegmund Kaff, Wien.

Der frühere Ministerpräsident Körber hat am 9. Dezember 1904 im Abgeordnetenhause ein Programm für die Reform und den Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich vorgelegt und damit ein Versprechen der Regierung eingelöst, dessen Erfüllung schon in der Thronrede vom Jahre 1900 zugesagt worden war. Das Progamm hat die Form eines vollständig ausgearbeiteten Gesetzentwurfes und unterliegt nunmehr der Kritik der Interessenten. Bisher haben sich hauptsächlich die Arbeiter zum Wort gemeldet. Doch rühren die Klagen, welche über die Mängel der geltenden Gesetzgebung erhoben wurden nicht bloß von diesen, sondern auch von den Unternehmern her. Letzteren hat insbesondere das Unfallversicherungsgesetz seit seinem Bestande Anlaß zu lebhaft vorgebrachten Beschwerden gegeben, die sich hauptsächlich auf das Deckungssystem bezogen, dem eine zu starke Belastung der Industrie nachgesagt wurde. Später kam man allerdings zur Überzeugung, daß ein Ersatz des geltenden Kapitaldeckungssystems durch das sogenannte Umlageverfahren kaum den erwarteten Effekt einer wesentlichen Entlastung der Industrie haben dürfte; um so mehr wurden dann andere Mängel des Gesetzes in den Vordergrund geschoben: die Begünstigung der Landwirtschaft, für deren Unfälle die Industrie zum Teil aufkommen müsse; die ungleichmäßige Verteilung der Versicherungslasten, hervorgerufen durch die willkürliche Einreihung der Betriebe in hohe Gefahrenklassen; das territoriale Organisationssystem, welches starke und schwache Industrien zusammenkopple; die großen Regien der Versicherungsanstalten; der bureaukratische Apparat derselben. Von seiten der Arbeiter wurde insbesondere über die Unzulänglichkeit der

Leistungen Klage geführt, den geringen Umfang der Versicherungspflicht, das umständliche Rechtsverfahren, den Mangel einer Unfallverhütung und das Fehlen eines organischen Zusammenhanges mit den Krankenkassen.

Weniger leidenschaftlich war die Beschwerdeführung hinsichtlich der Krankenversicherung. Doch machten sich auch hier frühzeitig zahlreiche große Mängel bemerkbar, unter welchen freilich vorwiegend die Versicherten allein zu leiden hatten. Die meisten dieser Mängel lassen sich auf die starke Zersplitterung der Organisationsformen und den geringen Umkreis der Versicherungspflicht reduzieren.

Da die Wünsche nach einer durchgreifenden Reform sowohl des Unfall- als des Krankenversicherungsgesetzes allseitig erhoben wurden, entschloß sich die Regierung zur Abhaltung mündlicher Expertisen, welchen schriftliche Umfragen bei den Interessenten vorausgingen. Ende 1895 beschäftigte sich der durch Experten verstärkte Versicherungsbeirat mit der Beratung der wünschenswerten Abänderungen des Unfallversicherungsgesetzes. Im Frühjahre 1897 folgte sodann die vom Ministerium des Innern veranstaltete Enquete über die Reform des Krankenversicherungsgesetzes. Vor- und nachher beschäftigten sich zahlreiche Kongresse der Unternehmer aller Kategorien sowie der Arbeiter mit der gleichen Angelegenheit, so daß man die Reformfrage als eine wohldiskutierte bezeichnen konnte und in der Lage war, eine Übersicht über die Bestrebungen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung zu gewinnen. Insbesondere in Arbeiterkreisen wurde die Materie sehr eingehend erörtert und auf den Krankenkassentagen (1896, 1904, 1905) das Thema bis in die kleinsten Details zergliedert.

Es ist nun vor allem nötig, den Standpunkt der Interessenten kennen zu lernen, der sich in den Beschlüssen der Enquete und der erwähnten Kassentage am deutlichsten ausprägt. Hinsichtlich der Unfallversicherung sprach sich die Enquete vom Jahre 1895 im wesentlichen für folgende Reformen aus: Ausdehnung der Versicherungspflicht auf breitester Basis unter Ausschluß von Ausnahmen, ferner für die selbständige Organisation der land- und forstwirtschaftlichen Betriebe, für die verbesserte Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes und der Naturalbezüge, die Erhöhung der Renten bei totaler Invalidität, Einführung von Minimalrenten, die Aufhebung der Karenzzeit, die Festsetzung eines Minimums und Maximums für die Beerdigungskosten, die größere Berücksichtigung für Aszendenten und Deszendenten, für die Beibehaltung des Kapital-

deckungsverfahrens, eine Beitragsleistung des Staates, die Förderung der Unfallverhütung durch Einreihung gefährlicher Betriebe in höhere Gefahrenklassen, die Beseitigung des zehnprozentigen Arbeiterbeitrags, die Aufhebung des gemeinsamen Reservefonds, Einhebung von Verzugszinsen für rückständige Beiträge, Einführung des Lohnlistenzwanges, Berechtigung der Anstalten zum Zwecke der Unfallverhütung Aufwendungen zu machen, Einflußnahme auf das Heilverfahren, Erweiterung des Begriffes Betriebsunfall, Verbesserung des Verfahrens bei der Unfallmeldung und Unfallserhebung, sowie bei der Rentenliquidierung, Einsetzung einer schiedsgerichtlichen Berufungsinstanz, verbesserte Definition des Schadensbegriffes, Aufhebung der Unternehmerhaftpflicht, Errichtung eines Reichsversicherungsamtes, Konstituierung von berufsgenossenschaftlichen Fachabteilungen innerhalb der Territorialabteilungen und für eine Verbandsorganisation.

Bezüglich der Krankenversicherung gelangten anläßlich der Enquete 1897 hauptsächlich nachstehende Wünsche zum Ausdruck: Erweiterung der Versicherungspflicht (insbesondere Einbeziehung der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter), der Hausindustriellen und Heimarbeiter, der Dienstboten, der bei öffentlichen Korporationen Angestellten, der Kleingewerbetreibenden und Kleinbauern, Zentralisation der Krankenkassen unter Beseitigung der verschiedenen Kategorien, Verbesserung der Verbandsorganisation des Meldewesens, Erweiterung der Kassenleistungen insbesondere hinsichtlich der Dauer und Höhe; Beseitigung der Karenzfrist, größere Berücksichtigung der Familien kranker Kassenmitglieder und der Arbeitslosen; Herabsetzung der Maximalhöhe des anzusammelnden Reservefonds, Erleichterung der freiwilligen Versicherung, Zulassung der Doppelversicherung, Verbesserung des Wahlverfahrens, Entlastung der Kassen von den Kosten der Betriebsunfälle und (seitens der Arbeiterdelegierten auch der) Spitalspflege.

Selbstverständlich sind diese Wünsche, welche zumeist durch Majoritätsbeschlüsse produziert wurden, nur zum Teil der Ausdruck der Bestrebungen seitens der verschiedenen Interessentengruppen Das kritische Moment überwog so sehr, daß dadurch zwar eine Klärung, keineswegs aber eine Lösung des Problems in allen Details vorbereitet wurde. Auch die von einzelnen Korporationen wie z. B. der Wiener Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt, dem niederösterreichischen Gewerbeverein, den Handelskammern und den verschiedenen industriellen Organisationen ausgehenden Denkschriften und Gutachten bewegen sich vorwiegend nach der nega-

tiven Richtung. Es handelt sich mehr um die Abwehr und Beseitigung von Übelständen, als um positive Beiträge und Vorschläge zur Reform. Deutlicher ausgesprochen und begründet sind die von den Arbeitern auf den sogenannten Kassentagen beschlossenen Forderungen.

Insbesondere der zuletzt (1905) abgehaltene Kassentag formulierte die Wünsche der Arbeiterschaft hinsichtlich der Reform der bestehenden Gesetzgebung in präziser Weise. Seine Forderungen bezüglich der Unfall- und Krankenversicherung lassen sich wie folgt zusammenfassen: Neben einer ausreichenden Unfallverhütung wurde die Erweiterung des Kreises der Versicherung mit Einbeziehung der Landwirtschaft, der Seeschiffahrt, des Handwerks, der Hausindustriellen usw., Individualversicherung, Lohnlistenzwang, strafgerichtliche Verfolgung bei Hinterziehung von Beiträgen, Beseitigung des Defizits im Wege der Amortisation durch die Unternehmer, die es verschuldet haben, Übernahme der Gewerbeinspektionskosten, des Aufwandes für Unfallverhütung, der Portoauslagen, sowie der Kosten der Statistik durch den Staat, Erweiterung des Begriffes Betriebsunfall, Erhöhung des Rentenausmaßes eventuell Erweiterung der Haftpflicht der Unternehmer, Zugrundelegung des wirklichen Jahresarbeitsverdienstes, Festsetzung von Minimalrenten für Personen, die einen Lohn von weniger als 700 Kronen beziehen, für Lehrlinge, Praktikanten und noch nicht ausgebildete Personen überhaupt — in letzterem Falle mit entsprechender Steigerung der Rente bei zunehmendem Alter, Wegfall der Abfertigung. Ähnlich lauten die Wünsche hinsichtlich der Krankenversicherung. Sie decken sich im wesentlichen mit den Beschlüssen des ersten und zweiten Kassentages, wonach die obligatorische Versicherung auf alle im Lohn- und Gehaltsbezug stehenden Personen, auch auf Kleingewerbetreibende, welche nur mit Lehrlingen oder mit ein oder zwei Gehilfen, sowie auch auf kleinbäuerliche Unternehmer, welche nur mit ihren Angehörigen arbeiten, und endlich auf die Hausindustrie ausgedehnt, das Krankengeld bis zur Höhe von 100 Proz. des unter Einfluß der Versicherten festzusetzenden Lohnes erhöht und die Unterstützungsdauer bis zu einem Jahre verlängert, den Arbeitslosen der Anspruch durch 10 Wochen gewahrt, den Wöchnerinnen die Unterstützung durch 6 Wochen geleistet, die Spitalspflege unentgeltlich, Rekonvaleszenten- und Angehörigenversicherung zulässig, Ärzte und Apothekerwesen verstaatlicht werden sollen. Sehr weitgehend sind auch die Wünsche hinsichtlich der Organisation der Versicherung. Außer der allseitig ge-

forderten Lostrennung der Bezirkskrankenkassenverbände von den Unfallversicherungsanstalten wurde verlangt: die Beseitigung der verschiedenen Kassenkategorien und ihr Ersatz durch eine Kassentype, welcher neben der Entschädigung in Fällen vorübergehender Erwerbsunfähigkeit, Maßnahmen der Unfall- und Krankheitsverhütung und zu diesem Zweck auch das Recht der Überwachung der versicherten Betriebe zugewiesen werden sollen. Den territorial zu organisierenden Kassenverbänden wäre die Unfall-, Invaliditäts- und Altersversicherung, sowie die Witwen- und Waisenversicherung zur Durchführung zu übergeben. Ein Reichsverband mit einem Reichsversicherungsamte hätte für die Rückversicherung und einheitliche Durchführung des ganzen Versicherungswesens Sorge zu tragen. Den Verbänden würde überdies obliegen: Die Vertretung der gemeinsamen Kasseninteressen, die Kontrolle der Einrichtung und der Gebahrung der Kasse, die Mitwirkung bei Abschluß von Verträgen mit Ärzten, Apotheken und Heilanstalten usw., die Leistung von Rechtsschutz, die Retaxierung der Medikamentenrechnungen und die Beschaffung von gemeinsamen Bezugsquellen von Verbandszeug und therapeutischen Behelfen, der Abschluß von Verträgen mit Kurorten und Badeanstalten, die Regelung der Rekonvaleszenten- und Tuberkulosenheilpflege. Im Zusammenhange mit der Organisationsfrage verlangen die Kassentage die Einführung des allgemeinen, gleichen und direkten Wahlrechtes für die Versicherten aller Kassen und die Verbesserung des verwaltungsrecht- sowie des schiedsgerichtlichen Verfahrens und der Behördenorganisation durch Errichtung eines Reichsversicherungsamtes, welches aus Arbeitern, Unternehmern und richterlichen Funktionären zusammengesetzt, die Rechtssprechung und Entscheidung in allen administrativen Fragen übernehmen soll an Stelle des Verwaltungsgerichtshofes und jener Ressorts bei den Zentralstellen, die heute mit Agenden der Arbeiterversicherung befaßt sind, während in den unteren Instanzen durch Beistellung eigener Organe für die Aufgaben der Arbeiterversicherung Vorsorge getroffen werden sollte.

Im allgemeinen ist die Haltung des Kassentages gegenüber dem Programm eine schroff ablehnende und zwar aus vier Hauptgründen: wegen der Überwälzung eines Teiles der Unfallslasten auf die Krankenkassen, der unzulänglich befundenen Reorganisation der letzteren und der Herabsetzung der Leistungen in der Unfall- und Krankenversicherung, insbesondere aber wegen der Einschränkung des Selbstverwaltungsrechtes der Arbeiter. Als sonstige

Mängel des Programms werden hingestellt: die unbefriedigende Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen, der Mangel einer Witwen- und Waisenversicherung, die geringe Zahl der Lohnklassen, die langen Wartefristen, sowie der Ausschluß der unter 16 und über 60 Jahre alten Personen von der Invaliditätsversicherung und die Bureaukratisierung des ganzen Verwaltungsapparates.

Noch ziemlich unklar und widerspruchsvoll ist die Haltung der Industrie. Weder liegen seitens ihrer Verbände noch seitens der Handelskammern genügend motivierte umfangreiche Gutachten vor, die erkennen ließen, wie sich die Industrie im einzelnen zu den Reformfragen der Arbeiterversicherung, welche das Regierungsprogramm aufgerollt hat, stellt. Was an Äußerungen bekannt geworden ist, deutet darauf hin, daß die Industrie vor allem einen Aufschub der Reform wünscht, soweit es sich um die Einführung der Invaliditäts- und Altersversicherung handelt. Als dringlich wird bloß die Reform oder richtiger die Beseitigung der Unfallversicherung erklärt, während man im übrigen der Reform der Arbeiterversicherung prinzipiell zustimmt, ohne jedoch die Grundbestimmungen des Regierungsprogramms zu akzeptieren. In diesem Sinne äußerten sich zuletzt: der „Bund österreichischer Industrieller“ und der „Zentralverband der Industriellen Österreichs“ auf seinem letzten Verbandstage vom 3. Dezember d. J., wobei nicht zu verkennen ist, daß zwischen den Vertretern der Großindustrie und jenen der kleineren und mittleren Betriebe eine Differenz in der Auffassung besteht, insofern als die letzteren einer Ergänzung der Arbeiterversicherung weit schärfer opponieren als die ersteren.

Was die Reform außerordentlich erschwert, ist nicht bloß der Umstand, daß die Materien des Arbeiterversicherungsrechtes ungleichmäßig ausgebildet sind und daß die Ansprüche an die Reform je nach der wirtschaftlichen Klassenzugehörigkeit eine verschiedene ist, sondern auch daß die historische Rechtsbildung eine verschiedene Bewertung der einzelnen Grundsätze herbeigeführt hat. Es ist deshalb notwendig, auch einen kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Gesetzgebung zu werfen. Als erste gesetzliche Grundlage für die Entstehung von Assoziationen zum Zwecke der sozialen Fürsorge ist das Vereinspatent vom Jahre 1852 zu betrachten, welches jedoch in der Praxis sowohl wegen seiner ungünstigen Bestimmungen als insbesondere infolge der assoziationsfeindlichen Handhabung seitens der Behörden nur in ganz wenigen

Ausnahmefällen benutzt worden ist. Weitaus günstiger war das Vereinsgesetz vom Jahre 1867, welches zahlreichen Hilfsorganisationen der Arbeiterschaft — sowohl den Gewerkvereinen als auch den Unterstützungskassen derselben — als legale Grundlage diente. Als im Jahre 1880 die Regierung daranging, die Staatsaufsicht über die Assekurranzinstitute zu regeln (durch das sog. Versicherungsregulativ vom 18. August 1880, RGBl. Nr. 110), versuchte die Regierung, die Unterstützungsvereine der Arbeiter, die sich auf Grund des 67er Gesetzes konstituiert hatten, im Sinne des § 2 dieses Gesetzes — wonach Vereine, welche Versicherungsgeschäfte betreiben, dem 52er Patent unterstellt werden sollen — die bisher als Wohltätigkeitsvereine behandelten Unterstützungskassen der Arbeiter von dem die Staatsaufsicht entbehrlich machenden 67er Gesetze abzudrängen. Es gelang ihr dies auch hinsichtlich jener Vereinigungen, die ausschließlich zur Unterstützung in Krankheits- und Invaliditätsfällen gegründet worden waren, während die sog. gewerkschaftlichen Fachvereine mit ihren Unterstützungseinrichtungen bis in die jüngste Zeit (November 1902) von dieser Auffassung verschont blieben. Wenngleich nun zugegeben werden muß, daß das 67er Gesetz für die Regelung des Unterstützungswesens sich nicht eignet, so muß doch andererseits darauf hingewiesen werden, daß auch das 52er Patent für diese Zwecke nichts weniger als tauglich war, weil es bloß die auf kapitalistischer Grundlage gewerbsmäßig betriebenen Versicherungen im Auge hatte. Dieser Zustand war um so bedauerlicher, als auch die ältere Gewerbeordnung vom Jahre 1859 weder hinsichtlich des Obligatoriums der Gewerbsinhaber, noch hinsichtlich der Art der Unterstützungseinrichtungen eine klare Rechtslage schuf. Bloß das Haftpflichtgesetz vom Jahre 1869 fixierte für die Eisenbahnbediensteten einen wirklichen Rechtsanspruch bei Verunglückungen und legte den Bahnen eine Ersatzflicht auf, soweit die Bahn nicht zu beweisen in der Lage ist, daß die Ereignung durch einen unmittelbaren Zufall (höhere Gewalt — vis major) oder durch eine unabwendbare Handlung einer dritten Person, deren Verschulden sie nicht zu vertreten hat, oder durch Verschulden des Beschuldigten selbst verursacht wurde. Im übrigen aber wird die Fürsorge für die erwerbsunfähigen Massen den Armenverwaltungen überlassen, wiewohl schon damals die Einrichtungen der Armenpflege keineswegs als ausreichend erkannt werden mußten und die im Heimatsgesetze vom 3. Dezember 1863, RGBl. Nr. 105 ausgesprochene Pflicht Verpflichtung der Gemeinden zur Armenver

sorgung angesichts der Schwäche der Gemeinden, ihrer Aufgabe in dieser Richtung nachzukommen, großenteils auf dem Papiere blieb.

Unter solchen Umständen entstand die Idee einer reichsgesetzlichen Organisation des Versicherungswesens speziell für die arbeitenden Klassen. Die zuerst in Deutschland auf diesem Gebiete unternommenen Versuche trugen überdies dazu bei, daß auch in Österreich der Gedanke aufgegriffen wurde. Es entstand zunächst das Unfallversicherungsgesetz vom 18. Dezember 1887, RGBl. Nr. 1, welches durch die Novelle vom 20. Juli 1894, RGBl. Nr. 168 eine Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen erfuhr, wobei insbesondere die bisher bloß auf das erwähnte Haftpflichtgesetz angewiesenen Eisenbahnbediensteten in Betracht kamen. Diese Verschmelzung des Haftpflichtprinzipes mit dem Gedanken der sozialen Versicherung zeigt, daß die Unfallversicherung der Ersatz für die individuelle Haftung der Betriebsinhaber ist und daß sie die Bestimmung hat, die Lasten, welche die Anerkennung des Schadenersatzprinzipes der Haftpflichtgesetzgebung dem einzelnen Unternehmer aufbürdete, auf die Allgemeinheit zu übertragen. Dabei konnten der Natur der Sache nach nur solche Betriebe in Betracht kommen, in welchen eine besondere spezifische Unfallsgefahr vorhanden ist, die ebenso wie im Verkehrswesen durch eine plötzliche Einwirkung von außen eine Verunglückung herbeiführt.

Ohne Rücksicht auf die, wenn auch langsam und lange unmerkbar wirkenden Gesundheitsschädigungen, die sonst in den Betrieben den Arbeiter bedrohen, bezweckt das Krankenversicherungsgesetz vom 30. März 1888, RGBl. Nr. 33 die Krankenunterstützung in allen Fällen, in welchen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit eintritt, wobei zu bemerken ist, daß der Kreis der Unfallversicherungspflichtigen mit jenen der Krankenversicherungspflichtigen durchaus nicht kongruent ist. Das Gesetz mußte alsbald durch die Novelle vom 4. April 1889, RGBl. Nr. 39 amendiert werden, da es sich in einem Punkte (Übertragung der Reservefondsanteile ausscheidender Kassenmitglieder) undurchführbar zeigte.

Neben diesen zwei Hauptgesetzen kommt ein spezielles für die Bergarbeiter in Betracht. Die unzureichenden Vorschriften des allgemeinen Berggesetzes vom Jahre 1854 über die Bruderladen wurden durch das Gesetz vom 28. Juni 1889, RGBl. Nr. 127 ersetzt. Mit wie geringem Erfolge, beweist die Tatsache, daß dasselbe dreimal durch Novellen ergänzt werden mußte und zwar: Durch das Gesetz vom 17. Januar 1890, RGBl. Nr. 14, das Gesetz vom 30 Dezember 1891, RGBl. Nr. 3 ex 1892 und durch das Gesetz

vom 17. September 1892, RGBl. Nr. 178, wozu noch die Ausführungsverordnung vom 11. September 1889, RGB. Nr. 148 und der Erlaß über das Musterstatut vom 15. September 1890, Z. 16 906 kommt.

Anfangs der Neunziger Jahre wurde merkwürdigerweise ein Versuch zur Regelung des freien Hilfskassenwesens unternommen, obwohl die bestehenden Vereinskassen das 52 er Vereinspatent, sowie das Krankenversicherungsgesetz durchaus vorzogen und für sie auch sonst keine Notwendigkeit bestand, die gesetzliche Grundlage zu verändern. Mittlerweile war durch das verbesserte Assekurranzregulativ vom 5. Mai 1896, RGBl. Nr. 31 der Regierung über die Versicherungskörper der kleinen Leute wie über die geschäftlich betriebenen Institute ein erweitertes Aufsichtsrecht eingeräumt worden. Allein man glaubte, daß für die nicht versicherungspflichtigen Kreise der Bevölkerung — insbesondere die Gewerbetreibenden — die geltende Gesetzgebung keine passende Grundlage bilde und entschloß sich daher nachträglich noch zur Herausgabe des Gesetzes vom 16. Juli 1892 RGBl. Nr. 202 über die registrierten Hilfskassen, ohne daß jedoch die darauf gegründeten Hoffnungen in Erfüllung gegangen wären. An diesem Tatbestande wurde auch dann nicht viel geändert, als durch die Gewerbe-Gesetznovelle vom Jahre 1897 der Versuch gemacht wurde, die Krankenversicherung der Kleingewerbetreibenden dadurch zu fördern, daß man den Genossenschaften die Befugnis erteilte, auf Grund eines qualifizierten Beschlusses den Versicherungszwang für alle Genossenschaftsmitglieder auszusprechen.

Neben den erwähnten Gesetzen kommen endlich noch jene Bestimmungen des 5. Hauptstückes der Gewerbeordnung in Betracht, welche von den seitens der Genossenschaften zu errichtenden Gehilfen-Krankenkassen und von der Krankenfürsorge für die Lehrlinge handeln.

Diese knappe Aufzählung der verschiedenen Gesetze läßt nicht nur den äußeren Entwicklungsgang der die soziale Versicherung betreffenden Gesetzgebung in Österreich erkennen, sondern verrät auch, welche Gesichtspunkte und Interessen in den einzelnen Stadien der Entwicklung maßgebend waren. Diese aber erklären es, weshalb sich heute nicht bloß theoretisch als zweckmäßig erkannten, sondern noch vielmehr praktisch empfundenen Notwendigkeit einer Vereinfachung und Vereinheitlichung der Versicherungsorganisation so große Hindernisse entgegen türmen, wiewohl es sich bloß um eine organisatorische Verschmelzung der drei Versicherungskörper und nicht etwa um eine finanzielle Vereinigung

der Versicherungszweige handelt. Freilich darf man neben den historischen auch die politischen Momente, die übrigens mitunter als soziale ausgegeben werden, nicht unterschätzen. Darauf ist es beispielsweise zurückzuführen, daß die Regierung im Jahre 1901 für die verschiedenen Kategorien der privaten Angestellten mit Beamtencharakter eine eigene Pensionsversicherung vorschlug. Wie schwierig aber eine solche versicherungstechnische Isolierung einzelner versicherungsbedürftiger Gruppen der lohnarbeitenden Klassen ist, geht unter anderem daraus hervor, daß die Regierung sich genötigt sah, den Privatbeamten auch die Handlungsgehilfen anzuschließen. Nichtsdestoweniger erschienen dem sozialpolitischen Ausschusse des Abgeordnetenhauses die aus einer solchen Sonderversicherung erwachsenden Lasten zu hoch und er vollzog deshalb in seinem Elaborate eine solche Herabsetzung der Anwartschaften, daß der Wert einer Spezialversicherung für die Privatbeamten nahezu illusorisch gemacht wurde. Es ist damit der unwiderlegliche Beweis erbracht, daß ohne ausgiebigen Staatszuschuß eine Spezialversicherung nicht durchführbar ist und daß es sich sowohl im Interesse der Versicherungsbedürftigen als ihrer Dienstgeber empfiehlt, die Privatbeamten in die allgemeine Versicherung einzubeziehen.

Aber davon abgesehen, ist die versicherungstechnische Absonderung irgend einer sozialen Klasse erfahrungsgemäß eine den Interessen der Gesamtheit abträgliche Sache. Es bedarf deshalb nicht erst des gefährlichen Präjudizes einer eigenen Beamtenversicherung, um das Bedenkliche eines solchen Experimentes zu widerraten. Die Beispiele der Berg- und Eisenbahnarbeiter, der Wiener Kommunal- und der fürstlich Schwarzenbergschen Arbeiter sind lehrreich genug, um Ausnahmsverhältnisse auf dem Gebiete der sozialen Versicherung als mit dem Wesen und Grundsätzen der letzteren im Widerspruch stehend, erscheinen zu lassen.

(Fortsetzung folgt.)

Sozialmedizinische Kasuistik.

Konkurrenz zwischen Berufsgenossenschaft und Krankenkasse. (Die Arbeiterversorgung 1906, Nr. 12.)

Eine Krankenkasse hatte auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einem Unfallverletzten Unterstützung über die 13. Woche hinaus zuteil werden lassen. Sie erhebt vor Gericht gegen ihn Anspruch auf Rückerstattung dieser Unterstützung mit der Begründung, daß nicht sie, sondern die Berufsgenossenschaft verpflichtet sei, für den Verletzten nach der 13. Woche zu sorgen. Die Klage wird aus folgenden Gründen abgewiesen: Durch Artikel I, IV des Gesetzes betreffend weitere Änderungen des KVG. vom 25. Mai 1903 ist die Dauer der Krankenfürsorge der Krankenkassen von 13 auf 26 Wochen ausgedehnt worden. Eine entsprechende Änderung hat auch der § 11 des Statuts der Klägerin vom 9. Juni 1903 erfahren. Trotzdem hat die Klägerin nach Ablauf der 13. Woche die Fortgewährung der Krankenunterstützung verweigert, in der Meinung, daß ihre Verpflichtung in dem Augenblicke ende, wo die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft einsetze, also mit Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls. Sie geht dabei von der Ansicht aus, daß eine Verpflichtung der Krankenkasse zugleich neben der Verpflichtung der Berufsgenossenschaft ausgeschlossen sei, da aus dem Gesetze klar hervorgehe, daß der von einem Unfall Betroffene nur einmal Unterstützung erhalten solle. Wenn die Klägerin behauptet, daß aus § 25 GUVG. nicht zu folgern sei, daß den infolge von Unfällen erkrankten Arbeitern neben dem Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft ein Anspruch gegen die Krankenkasse zustehe, so ist ihr darin Recht zu geben, wie andererseits ihre Ansicht unrichtig ist, daß aus diesem Paragraph gerade das Gegenteil hervorgehe. Denn der Paragraph handelt doch gerade von der Möglichkeit eines Zusammentreffens zwischen den Verpflichtungen der Berufsgenossenschaft und der Krankenkasse, und daraus, daß die Krankenkassen für, während der Dauer der Verpflichtungen der Berufsgenossenschaften geleistete Unterstützungen von diesen Ersatz verlangen können, geht doch durchaus nicht hervor, daß sie aus diesem Grunde zu solchen Leistungen nicht verpflichtet sind. Es besteht also hier gewissermaßen eine Konkurrenz zwischen den Verpflichtungen der Krankenkasse und der Berufsgenossenschaft. Daß eine solche im Gesetz beabsichtigt worden ist, geht aus der Begründung der Novelle von 1905 hervor, wo es auf Seite 8 unter anderem heißt: „Eine ähnliche Rechtslage, wie sie künftig eintreten wird, nämlich das Nebeneinanderbestehen von Fürsorgepflichten der Krankenkassen und der Berufsgenossenschaften war schon bisher da vorhanden, wo Kranken-

kassen die Unterstützungsdauer statutarisch über 13 Wochen hinaus verlängert hatten. Für den Verletzten bietet die im Entwurf vorgesehene Verlängerung der Unterstützungspflicht der Krankenkassen den Vorteil, daß Fälle, in welchen die Fürsorgepflicht der Krankenkasse beendet und diejenige der Berufsgenossenschaft noch nicht festgestellt ist, sich wesentlich vermindern, wenn nicht völlig aufhören werden. Denn die Verpflichtung der Krankenkasse zur Gewährung der Unterstützung wird nicht durch die Annahme aufgehoben, daß die Erwerbsunfähigkeit durch einen Unfall herbeigeführt worden sei. Hat künftig hiernach eine Krankenkasse Unterstützung für die Zeit vom Beginn der 14. Woche geleistet, so steht ihr der im UVG. geordnete Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft zu" (§ 25 GUVG.). Hier ist also der Krankenkasse der Weg gewiesen, wie sie für ihre Leistungen Ersatz erlangen kann.

Gewöhnung an Verlust von Gliedmaßen. (Spruchsitzung des Reichsversicherungsamtes vom 5. Oktober 1905.)

Welchen Wert die jahrelange Gewöhnung bei Verlust von Gliedmaßen haben kann, wird durch nachfolgende Entscheidung des Reichsversicherungsamtes illustriert, bei der es sich um einen Arbeiter handelt, welcher das Nagelglied des rechten Daumens glatt verloren hatte. Unter Aufhebung des Urteils des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in M. vom 6. Mai 1905 wird die Rente des Klägers vom 1. Februar 1905 ab aufgehoben. Gründe: Als Folge des Unfalls vom 3. September 1894 besteht lediglich der glatte Verlust des Nagelgliedes am rechten Daumen. Unzweifelhaft ist in den mehr als zehn Jahren nach dem Unfall eine vollständige Angewöhnung an den veränderten Zustand der rechten Hand eingetreten. Hierin ist die wesentliche Besserung zu finden. Der glatte Verlust des rechten Daumennagelgliedes bedingt nur unter besonderen Verhältnissen noch nach eingetretener Angewöhnung eine Minderung der Erwerbsfähigkeit. Solche Verhältnisse liegen hier nicht vor. Der Kläger ist nicht gelernter Arbeiter, mag er auch die eine oder die andere Tätigkeit, die er vor dem Unfall ausüben konnte, nicht mehr verrichten können, so besteht doch kein Bedenken, daß er auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, noch dazu im Osten der preußischen Monarchie, eine annähernd ebenso lohnende Tätigkeit finden kann, wie ein vollständig gesunder Mann.

Ärztliche Gutachtertätigkeit bei den Berufsgenossenschaften. (Die Berufsgenossenschaft, Nr. 8, 1906.)

Ärzte, welche mit Berufsgenossenschaften und Krankenkassen beruflich viel zu tun haben, erleiden häufig erhebliche materielle Schädigungen durch die latente Gegnerschaft, welche die letzteren gegen alles hegen, was mit den Berufsgenossenschaften in Konnex steht. So hat in Berlin die größte Gruppe von Kassen den Satz proklamiert, daß Ärzte, welche mit Berufsgenossenschaften in einem Vertragsverhältnis stehen, nicht als Kassenärzte angestellt werden dürfen. Eine Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 17. November 1905 spricht sich nun dahin aus, daß Ärzte, mit welchen eine Berufsgenossenschaft ein Abkommen lediglich darüber getroffen hat, nach welchen Sätzen sie Honorare für Gutachten von ihr beanspruchen dürfen, nicht in einem „Vertragsverhältnis" (§ 69 Abs. 3 GUVG.) zu der Berufsgenossenschaft stehen.

Erhält ein arbeitswilliger Arbeiter, der während eines Streikes von Ausständigen auf dem Wege zur Arbeit mißhandelt wird, Unfallrente? (Die Berufsgenossenschaft, Nr. 4, 1906.)

Diese Frage von weittragender Bedeutung hat das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 16. Juni 1905 bejaht. Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde: Der Maurerpolier K. begab sich am 27. April 1904 morgens 5½ Uhr zur Arbeit. In der Nähe seiner Wohnung wurde er von zwei ausgesperrten Bauarbeitern körperlich mißhandelt. Der Verletzte erhob Unfallentschädigungsansprüche, indem er geltend machte, daß die Veranlassung zur Mißhandlung in seiner Betriebstätigkeit gelegen habe, die Verletzung sich also noch als ein Ausfluß der Betriebsgefahren darstelle. Der Fall sei anders zu beurteilen als diejenigen Unfälle, die sich infolge der Gefahren des täglichen Lebens auf dem Wege zur Arbeit ereigneten. Die Berufsgenossenschaft und das Schiedsgericht verhielten sich ablehnend; die erstere wandte insbesondere ein, daß K. sich im eigenen wirtschaftlichen Interesse, nicht etwa im Interesse des Betriebes, dem Ausstande nicht angeschlossen habe und die Mißhandlung nicht in seiner Eigenschaft als Polier seines Arbeitgebers, sondern als unliebsamer wirtschaftlicher Konkurrent der feiernden Arbeiter habe dulden müssen. Dieser Anschauung ist das Reichsversicherungsamt in seiner die Berufsgenossenschaft verurteilenden Entscheidung mit folgenden Ausführungen entgegengetreten: „K. ist keineswegs einer Gefahr des täglichen Lebens erlegen: er ist vielmehr einer besonders gearteten Gefahr zum Opfer gefallen, der andere Straßenpassanten nicht ausgesetzt waren, sondern die gerade ihn wegen seiner Betriebstätigkeit bedrohte. In Zeiten des Streiks oder der Aussperrung tritt erfahrungsgemäß für die Arbeitswilligen zu den technischen Gefahren des Baubetriebes noch die weitere Gefahr, von den feiernden Arbeitern bedroht und angegriffen zu werden. In solchen Zeiten erstreckt sich daher der Gefahrenbereich des Betriebes über die Betriebsstätte hinaus, weil seine Arbeiter alsdann auch außerhalb der letzteren infolge ihrer Betriebstätigkeit besonderen, nur ihnen drohenden Gefahren ausgesetzt sind. Der Umstand, daß K. die Betriebsstätte im Augenblicke des Überfalles noch nicht erreicht und seine Arbeit noch nicht aufgenommen hatte, steht daher der Annahme eines Betriebsunfalles nicht entgegen. Dazu kommt, daß, während im allgemeinen der Weg zur Betriebsstätte überwiegend im eigenen wirtschaftlichen Interesse des Arbeiters unternommen wird — bei den zur Zeit des Unfalls herrschenden Arbeitsverhältnissen der Betriebsunternehmer in mindestens gleich hohem Maße daran interessiert war, daß die Arbeitswilligen sich zur Arbeit einfanden. Es entfällt daher vorliegendenfalls auch der Grund, der hauptsächlich dafür bestimmend gewesen ist, die den Arbeiter auf dem Wege von und zur Arbeit zustoßenden Unfälle von der Versicherungspflicht auszunehmen.

Beurteilung der Erwerbsbeschränkung nach Kopfverletzung. (Liniger-Bonn, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1906.)

Nach einer schweren Kopfverletzung mit anscheinend glatter Heilung wurden einem Verletzten 30 Proz. Rente zuerkannt. Die lebhaften Beschwerden wurden als Übertreibung bezeichnet. Nach 1½ Jahren erfolgte der Tod an Meningitis und Hirnerweichung. Der Sektionsbefund war folgender: Entzündung der Hirnhaut in großer Ausdehnung, Erweichung des Gehirns im Bereiche des linken Schläfen- und Stirnlappens, frische Entzündung und Blutung. Daß die Gehirnveränderungen schon lange bestanden, beweist die vom Hausarzt nachgewiesene Schwäche des rechten Armes. Die Gehirnerweichung saß genau an der Stelle des Gehirnes, wo das Zentrum des Armes liegt. Der Verletzte war also kein Übertreiber und es ist ihm hoch anzurechnen, daß er mit seinem Ge-

hirnleiden noch gearbeitet hat. Er verdiente nicht 30 Proz., sondern Vollrente. Der Fall zeigt, wie vorsichtig man bei der Beurteilung der Folgen von Schädelverletzungen sein soll.

Die Verschlimmerung bösartiger Geschwülste als Unfallfolge. (Franz Honigmann, Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1906.)

Bei einem Manne, welcher durch Fall Verschlimmerung einer Geschwulst erlitten haben soll, welche schließlich mit dem Tode endete, lehnte das Reichsversicherungsamt, weil eine Verschlimmerung als Unfallfolge nicht erwiesen sei, jeden Zusammenhang ab. H. macht hierbei auf folgende von Vries aufgestellten Momente aufmerksam. 1. Der Verletzte muß vor dem Unfall noch eine gewisse nennenswerte Erwerbsfähigkeit besessen haben. 2. Die Erwerbsfähigkeit muß nach dem Unfall geringer geworden sein und 3. soll zwischen der Abnahme der Erwerbsfähigkeit und dem Unfall ein Zusammenhang bestehen. Einen strikten Beweis kann man natürlich nicht verlangen. Es genügt hohe Wahrscheinlichkeit. Das Reichsversicherungsamt betont ausdrücklich: Wollte man unter allen Umständen einen strikten Nachweis verlangen, so würde man damit gegen den Geist der Gesetzgebung verstoßen. Die Erfahrungen sprechen dafür, daß ein bis dahin langsam wachsender Tumor zuweilen durch ein Trauma zu rascherem Wachstum angeregt wird. Ein Zusammenhang muß als erwiesen angesehen werden, wenn die Symptome, die auf eine Verschlimmerung des Leidens hinweisen, sich unmittelbar an die Verletzung anschließen, so daß die Kontinuität der Erscheinungen nachzuweisen ist. Ernst Joseph.

Medizinalstatistische Daten.

1. Die Abnahme der Totgeburten.

In vielen europäischen Staaten wurde ein Rückgang der Totgeburten in den letzten Jahrzehnten nachgewiesen. Es mußte jedoch hierbei in Frage kommen, ob nicht dieser Rückgang durch Änderungen in der Art der Aufzeichnung vorgetäuscht würde. Daß dies nicht der Fall ist, ergibt sich aus der dänischen Statistik, in welcher bis zum Jahre 1860 zurück die am 1. Lebenstage gestorbenen Kinder gesondert aufgeführt werden. Die Totgeburtsziffer ist in Dänemark von 4,3 in der Periode 1841—50 auf 2,5 in den Jahren 1891—1900 zurückgegangen. Die Kindersterblichkeit ist sich in dieser Zeit annähernd gleichgeblieben; sie war:

1861—70	13,4	1881—90	13,5
1871—80	13,8	1891—1900	13,5

Von 1000 Geborenen überhaupt sind in Dänemark:

	männliches Geschlecht			weibliches Geschlecht		
	totgeboren	am 1. Tag gestorben	zusammen	totgeboren	am 1. Tag gestorben	zusammen
1860—69	43,2	10,6	53,8	34,5	8,1	42,6
1870—79	36,6	10,4	47,0	29,7	7,7	37,4
1880—89	31,1	10,3	41,4	25,5	7,8	33,3
1890—1900	26,7	12,0	38,7	22,4	9,1	31,5

Im letzten Jahrzehnt wurden anscheinend manche Neugeborene als lebendgeboren eingetragen, bei denen früher Totgeburt angenommen worden wäre, doch zeigt sich auch in ihm eine beträchtliche Abnahme der Totgeburten. Die Ursache liegt hauptsächlich in der allgemeinen Besserung der sozialen Lage. (Nach Befolkningsforholdene i Danmark i det 19. aarhundrede. Kopenhagen 1905, S. 134 f.)

2. Die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht in Schweden 1751—1830.

In Schweden wurde 1686 den Pfarrern die Führung von Familienregistern auferlegt, die von der Mitte des 18. Jahrhunderts an statistisch verwertet wurden. Von 1751 an mußte von den Pfarrern auch die Todesursache eingetragen werden; letztere wurde also in der Weise erhoben, wie dies heute noch im größten Teile Preußens der Fall ist. Es waren hierzu besondere Todesursachenverzeichnisse ausgearbeitet, die im Laufe der Zeit mehrfach wechselten; das erste von 1751—73 hatte 33 Nummern, das zweite (1774—1801) 41, das dritte (1802—10) 33, das vierte (1811—20) 35, das fünfte (1821—30) 34. Im Jahre 1831 wurde den Pfarrern die Verpflichtung, bei allen Sterbefällen die Art der Erkrankung einzutragen, abgenommen, da man einsah, daß ihre Einträge einer wissenschaftlichen Kritik oft nicht standhalten konnten; es wurden daher von ihnen von diesem Jahre an nur die epidemischen Krankheiten, die Unfälle und Selbstmorde in die Leichenregister eingetragen, wie dies heute in Schweden auf dem Lande noch der Brauch ist (in den Städten muß für jeden Sterbefall eine ärztliche Bescheinigung beigebracht werden).

G. Sundbärg (Mortalité par tuberculose pulmonaire en Suède pendant les années 1751—1830 in La lutte contre la Tuberculose en Suède Upsala 1905, S. 164) hat es versucht, aus den alten Zusammenstellungen die Häufigkeit der Tuberkulose zu berechnen. Leider ist die Bezeichnung ungleichmäßig. In den Jahren 1751—73 sind die Lungenkrankheiten und Phthisis (lungsot) in einer Rubrik, die Abzehrung (tvinsot) getrennt aufgeführt, 1774—1801 lungsot und tvinsot getrennt, 1802—20 sind letztere beide Todesursachen vereinigt, 1821—30 wieder getrennt. Phthisis, Abzehrung und Hämoptoe, welch letztere stets für sich aufgeführt wird, hat Sundbärg zusammen als Lungentuberkulose gerechnet, in der Periode 1751—73 wurde Phthisis nach dem Verhältnis der späteren Jahre rechnerisch ausgeschieden. So kam Sundbärg zu den folgenden Ziffern. Auf 1000 Einwohner starben in Schweden:

	überhaupt	an Lungenschwindsucht
1751—60	27,4	2,1
1761—70	27,7	2,1
1771—80	28,9	2,1
1781—90	27,7	2,3
1791—1800	25,4	2,4
1801—10	27,9	2,5
1811—20	25,8	2,7
1821—30	23,6	2,8

Ein Vergleich mit der Gegenwart läßt sich leider nicht geben, da die Lungenschwindsucht nicht mehr zu den von den Pfarrern erhobenen Krankheiten gehört; in sämtlichen schwedischen Städten kamen 1891—1900 auf 1000 Ein-

wohner 2,4 Todesfälle infolge dieser Krankheit. Aus den obigen Ziffern geht hervor, daß die Tuberkulose in Schweden von 1780—1830 regelmäßig zugenommen hat; da auch für Laien die Diagnose im eigentlichen Mannesalter viel leichter zu stellen ist, als bei Kindern und bei Greisen, so ist es von Wert, daß die Ziffern für einzelne Altersklassen berechnet werden können. Es starben an Lungenschwindsucht auf je 1000 Lebende beim Alter von:

		10—25 J.	25—50 J.	über 50 J.
Schweden	1776—1800	0,8	2,3	6,0
„	1801—1810	1,0	2,6	6,9
„	1811—1820	1,2	3,0	6,7
„	1821—1830	1,0	3,1	7,6
Stockholm	1891—1900	1,9	3,6	4,1

Nach diesen Ziffern kann wohl kein Zweifel darüber obwalten, daß die Tuberkulose in Schweden in der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts kleiner war als im ersten Drittel des folgenden Säkulums.

3. Hohe Morbidität einzelner Gewerbe.

S. Rosenfeld hat in einer großen Arbeit „Die Gesundheitsverhältnisse der Wiener Arbeiterschaft" (Stat. Monatsschrift 1905 u. 1906) behandelt. Für die Genossenschaftskassen in Wien sind die Erkrankungen nach 7 Altersklassen ausgezählt; die Mitgliederzahlen der Kasse lassen sich annähernd sicher für diese Altersklassen feststellen, da am 15. März, 15. September und 31. Dezember die Mitgliederbestände erhoben werden. Da sich die Rosenfeld'schen Untersuchungen bei dieser Kasse auf 11 Jahre (1892—1902) erstrecken, so sind die Ziffern auch zu feineren Berechnungen groß genug. Die höchste Morbidität haben die Küfer und Seidenfärber, dann folgen die Gießer, Buchdrucker, Zimmerleute, Schlosser, Feinzeugschmiede, Mechaniker, Hutmacher, Lithographen. Um die Berufe vergleichen zu können, haben wir aus den Rosenfeld'schen Ziffern die Standardmorbidität berechnet, d. h. es wurde ermittelt, wie groß die Morbidität dieser Berufe wäre, wenn alle die Altersbesetzung der ganzen Arbeiterschaft hätten, die Morbidität der letzteren wurde dann = 100 angenommen und danach Verhältniszahlen für die genannten Berufe berechnet.

Berufe	Auf 100 Mitglieder Erkrankungen mit Erwerbsunfähigkeit							Standard-Morbidität	Allgemeine Morbidität = 100
	unter 20 J.	21—25	26—30	31—40	41—50	51—60	über 60 J.		
Küfer	50,9	39,3	45,0	54,8	65,5	78,7	—	51,63	153
Seidenfärber	57,7	48,3	44,0	43,5	44,7	47,1	57,1	50,88	151
Gießer	44,2	47,2	44,0	46,9	47,2	49,6	66,7	46,57	138
Buchdrucker	46,3	50,3	45,4	42,3	39,7	41,5	60,5	45,44	135
Zimmerleute	47,5	44,8	36,8	40,4	49,5	63,2	76,2	44,86	133
Schlosser	47,5	46,0	39,8	38,8	42,8	51,1	59,4	43,59	129
Feinzeugschmiede	52,9	44,9	38,8	36,5	45,2	45,2	—	43,15	128
Mechaniker	42,6	35,5	32,4	37,2	43,3	59,2	—	39,05	116
Hutmacher	34,7	34,6	33,1	38,8	49,1	56,5	68,0	38,80	115
Lithographen	79,0	38,9	21,2	20,4	40,2	48,1	—	38,43	114
Alle Berufe	31,4	26,2	23,1	24,4	27,9	32,2	42,1	33,77	100

4. Zunahme der Tuberkulose mit der Höhenlage der Wohnung.

In Leipzig werden Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Wohnung und Tuberkulose angestellt. Nach E. Hasse (Die Tuberkulose und Wohnungsverhältnisse, Bulletin de l'Institut international de Statistique, Bd. XV, 2, London 1906, S. 363) ergab sich dabei eine Zunahme der Tuberkulose mit der Höhenlage der Wohnungen. Die Untersuchungen beschränkten sich vorerst auf die „Innere Stadt"; während der Jahre 1880—1904 kamen dort 1386 Sterbefälle an Tuberkulose vor, die Haushaltungsbevölkerung war 1880 22 341 und 1900 16 609. Hasse führt folgende Ziffern an:

	Todesfälle an Tuberkulose	Mittlere Bevölkerung	Tuberkulosefälle im Jahre auf 1000 Einw.
Erdgeschoß	22	603	1,46
I. Stock	218	3 201	2,72
II. „	364	4 957	2,94
III. „	358	5 891	2,43
IV. „ und höhere	382	4 523	3,38
Mehrere Stockwerke etc.	42	756	—
Zusammen	1386	19 934	2,78

Hasse sieht selbstverständlich die Ursachen der hohen Belastung der obersten Stockwerke mit Tuberkulose nicht in der Höhenlage, sondern in den verschiedenen „Formen der Minderwertigkeit der Wohnungen selbst und des mechanischen und sozialen Zusammenwohnens der Bewohner".

5. Der Flecktyphus in Galizien im Jahre 1902.

Der Flecktyphus war 1902 in Galizien immer noch ziemlich häufig, wenn auch seine Verbreitung gegen früher abgenommen hat. In der Bukowina ist er erheblich seltener als in Galizien, in den übrigen österreichischen Kronländern kommt er nur bei gelegentlicher Einschleppung vor. Nach der „Österreichischen Statistik" (Bewegung der Bevölkerung, 1902, Bd. 73, H. 3) starben 1902 an Flecktyphus in Galizien 320, in der Bukowina 2 Personen. Die Zahl der Todesfälle war in den letztvergangenen Jahren (der Flecktyphus wird erst seit 1895 getrennt aufgeführt):

	in Galizien	in der Bukowina
1895	1132	13
1896	980	5
1897	423	2
1898	480	24
1899	603	2
1900	467	2
1901	285	6
1902	320	2

Im Durchschnitt der Jahre 1898—1902 starben auf 100 000 Einwohner in Galizien 5,9, in der Bukowina 1,0 Personen an Flecktyphus. Im Jahre 1902 waren wieder fast nur die Bezirke besonders heimgesucht, die auch sonst Flecktyphusherde sind; sie liegen fast alle im südöstlichen Galizien, nur Jaworow

westlich und Kamionka Strumilowa nördlich von Lemberg. Auf 100 000 Personen starben an Flecktyphus:

Bezirkshauptmannschaften	1902	1898—1902
Jaworow	37,2	49,0
Tlumacz	35,0	16,1
Nadworna	27,8	18,5
Bohorodczany	25,9	27,6
Kalusz	25,3	9,9
Kamionka Strumilowa	20,2	16,7
Stanislau	17,9	5,2
Horodenka	15,3	22,8
Buczacz	12,1	6,0

Im westlichen Galizien kam der Flecktyphus in den letzten 5 Jahren nirgends in größerer Ausdehnung vor.

F. Prinzing.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 22. März 1906.

Vorsitzender: Herr Gottstein. Schriftführer Herr Grotjahn.

Herr Schwiening: **Über Körpergröße und Brustumfang bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen.** In der ersten Sitzung unserer Gesellschaft[2]) hat Herr Gottstein über interessante Untersuchungen berichtet, die er über das Verhältnis von Brustumfang zur Körpergröße bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen an dem Material einer Lebensversicherungsanstalt angestellt hat. Zufällig bot sich mir bald nachher die Möglichkeit, ein umfangreiches Zahlenmaterial über tuberkulöse und nichttuberkulöse Soldaten beschaffen zu können; ich glaubte daher eine Nachprüfung der Gottstein'schen Untersuchungen nicht unterlassen zu sollen und benutzte die Gelegenheit, die Beziehungen zwischen Körpergröße Brustumfang und Brustspielraum überhaupt nach verschiedenen Richtungen einer Untersuchung zu unterziehen, über deren Ergebnisse ich mir Ihnen kurz zu berichten erlaube. Die Untersuchungen erstrecken sich auf 4707 nichttuberkulöse und 4540 tuberkulöse Soldaten, zusammen also auf 9247 Mann — ein Material, wie es bisher in dieser Beziehung noch nicht untersucht sein dürfte. Die Angaben über Körpergröße und Brustumfang beziehen sich auf den Befund bei der Einstellung der Leute, wie er in den Mannschaftsuntersuchungslisten festgelegt wird, und zwar sind die betreffenden Angaben für die nichttuberkulösen Leute diesen Listen direkt entnommen, während diejenigen für die tuberkulösen

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 10, 11, 14, 21 der „Medizinischen Reform“, herausg. von R. Lennhoff.

[2]) Vgl. diese Zeitschrift Bd. 1 H. 1 S. 75.

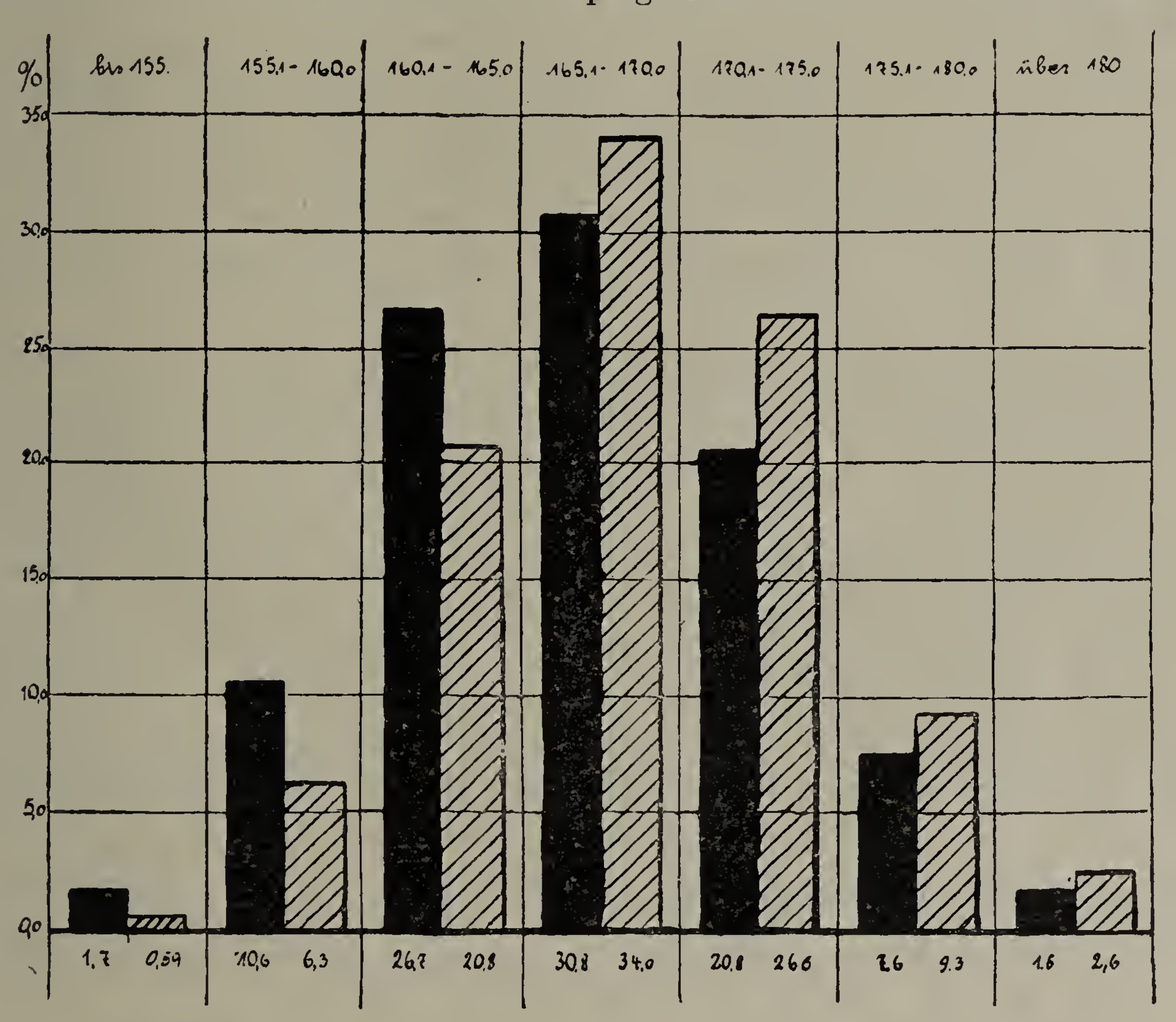
den Zählkarten entstammen, welche über jeden an Tuberkulose der ersten Luftwege und Lungen erkrankten Mann aufgestellt werden. Für beide Kategorien erstrecken sich die Erfahrungen auf die 6 Jahre vom 1. Oktober 1898 bis 30. September 1904. Was nun die Beteiligung der verschiedenen Körpergrößen bei den Tuberkulösen und Nichttuberkulösen betrifft, so konnten auch meine Untersuchungen die Gottsteinschen Ergebnisse bestätigen, daß bei den ersteren, den Tuberkulösen, die größeren und großen Leute überwiegen, eine Erfahrung, die auch schon früher von anderer Seite gemacht ist. Auf Tafel I sind als Vergleich neben den Tuberkulösen die betreffenden Größenverhältnisse der in den Jahren 1899 bis 1903 beim Oberersatzgeschäft vorgestellten Militärpflichtigen aufgezeichnet, welche wohl am besten ein Bild von der Körpergröße im militärpflichtigen Alter überhaupt geben. Das Übergewicht der großen Leute bei den Tuberkulösen tritt deutlich in die Erscheinung.

Des weiteren hatte Herr Gottstein berechnet, daß das prozentuale Verhältnis zwischen Brustumfang und Körpergröße d. h. Br. $\times$ 100 durch Gr. bei den Nichttuberkulösen wesentlich höhere Werte ergaben, als bei den Tuberkulösen. Ich erlaube mir, Ihnen die Gottstein'schen Zahlen ins Gedächtnis zurückzurufen.

Brustumfang: Körpergröße nach der Größe.

	151—160 cm	161—170 cm	171—180 cm	181—190 cm
Nichttuberkulöse	57,1	55,1	54,5	53,4
Tuberkulöse	53,2	52,5	51,6	50,8

Von den Tuberkulösen ////////// bezw. von den Militärpflichtigen überhaupt ■ besaßen eine Körpergröße von cm



Mit zunehmender Körpergröße findet ferner — wie Gottstein sagt — eine Abnahme des Prozentsatzes bei beiden Kategorien statt; die Kurve der Körpergröße steigt steiler an als die des Brustumfanges, wodurch ein Mißverhältnis zwischen Längenwachstum und Brustumfang zu ungunsten des letzteren eintritt. Die Unterschiede sind allerdings frappant, insbesondere erreichte die Prozentzahl für die allergrößten Nichttuberkulösen zwar Werte, die dem Durchschnitt der Tuberkulösen nahe kommen, immerhin ist die Zahl bei den kleinsten Tuberkulösen noch etwas niedriger als die Zahl bei den größten Nichttuberkulösen.

Wenn sich ein derartiges Verhältnis einigermaßen konstant erweisen sollte, so würde dadurch ein nicht unwesentliches Hilfsmittel bei der Beurteilung der Körperbeschaffenheit gegeben sein. Allerdings hat Gottstein nur 103 Einzelfälle (von Tuberkulösen) seiner Statistik zugrunde gelegt, eine Zahl, die zur Gewinnung von einwandfreien Durchschnittswerten etwas gering erscheint. Sodann hat er als Brustumfang das sog. mittlere Brustmaß — in der Ruhe — genommen. Dieses ist natürlich um einige Zentimeter größer als das nach tiefster Exspiration gewonnene, wie es beim Militär gebräuchlich ist. Daher sind auch seine Verhältniszahlen, wie wir sehen werden, durchweg nicht unwesentlich höher als die von mir berechneten und mit letzteren nicht unmittelbar zu vergleichen. Da aber das Verhältnis zwischen den mittleren und dem Ausatmungsbrustmaß stets ein ziemlich konstantes sein dürfte, so würden auch die auf Grund des Ausatmungsbrustumfanges berechneten Prozentzahlen beim Vergleich unter sich dieselben Unterschiede zeigen müssen, wie die Gottsteinschen Zahlen, — wenn wirklich die Tuberkulösen und Nichttuberkulösen ein so konstantes, verschiedenes Verhalten in dieser Beziehung aufweisen. Die von mir berechneten Zahlen sind nun folgende: Es betrug das Verhältnis von Brustumfang zur Körpergröße bei einer Größe von

bei den	bis 155 cm	155,1-160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	180,1-185 cm	über 185 cm
Nichttuberkulösen . . .	53,1	51,9	50,9	50,1	49,2	48,5	47,7	47,7
Tuberkulösen	52,1	51,3	50,4	49,4	48,7	48,1	47,3	47,1

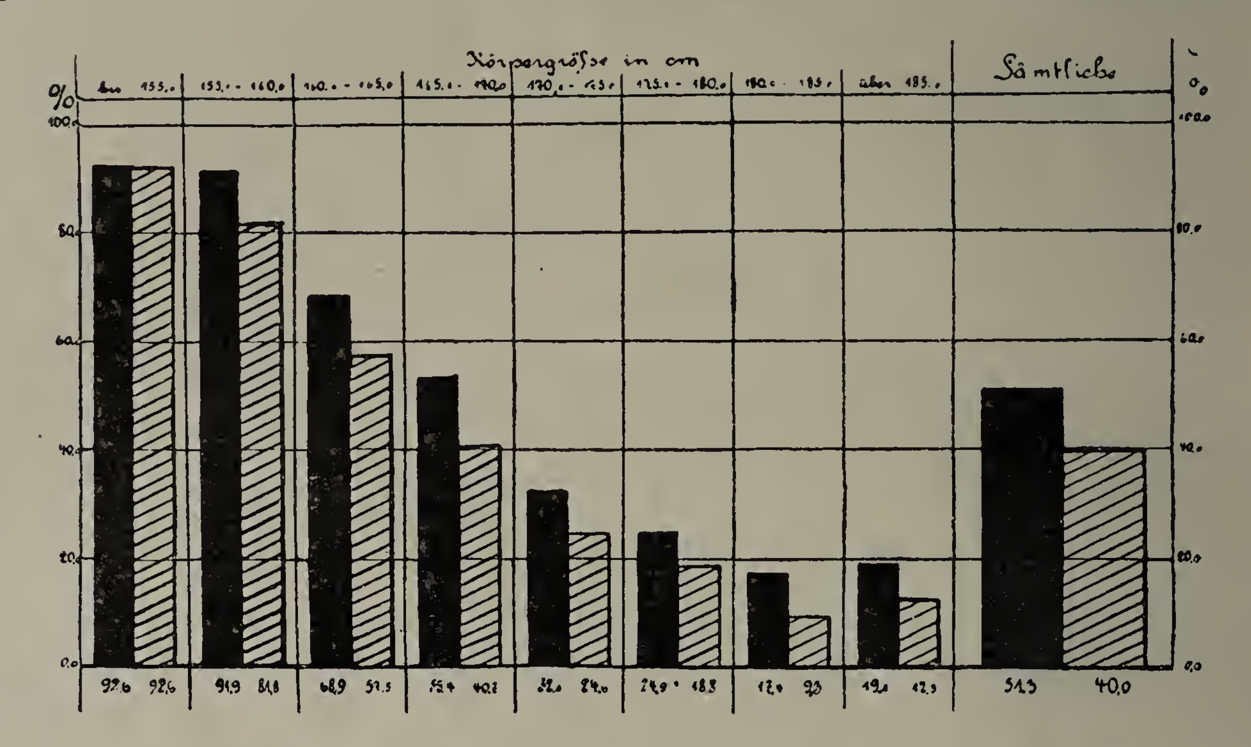
Es zeigen sich auch hier zwischen den Nichttuberkulösen und Tuberkulösen Unterschiede, die aber bei weitem nicht so bedeutend sind, wie bei Gottstein; gerade bei den großen, der Tuberkulose an sich verdächtigen Leuten ist der Unterschied so gering, daß eine praktische Verwertung im Einzelfalle ausgeschlossen erscheint. Noch eine andere Überlegung wird das zeigen. Derartige Durchschnittszahlen haben wohl einen gewissen wissenschaftlichen Wert als Maßstab für die Körperverhältnisse „des Gesunden oder des Tuberkulösen an sich“, für die praktische Verwertung ist es aber noch erforderlich, die Schwankungsbreite zu kennen, innerhalb der die einzelnen die Durchschnittszahl ergebenden Summanden sich bewegen. Erst wenn die niedrigste Prozentzahl des Brustumfangs zu einer bestimmten Körpergröße bei den Nichttuberkulösen stets höher wäre, als die höchste, bei den Tuberkulösen vorkommende, ließen sich hier im Einzelfall verwertbare Schlüsse ziehen. Dies ist aber — bei unseren Zahlen wenigstens — durchaus nicht der Fall. Bei den Tuberkulösen übersteigt vielmehr die Prozentzahl in vielen Fällen den Durchschnitts-, ja den höchsten Satz

der Nichttuberkulösen, und umgekehrt bleibt bei vielen Nichttuberkulösen das Prozentverhältnis hinter dem niedrigsten Werte der Tuberkulösen zurück. Um das zahlenmäßig nachweisen zu können, habe ich ausgezählt, in wieviel Fällen dieses Verhalten Platz greift, und da ergibt sich, daß bei nicht weniger als 36 von 100 Tuberkulösen das Prozentverhältnis zwischen Brustumfang und Körperlänge größer war als im Durchschnitt bei den Nichttuberkulösen, und daß sogar bei 41 von 100 Nichttuberkulösen dasselbe Prozentverhältnis kleiner war als im Durchschnitt bei den Tuberkulösen. Betrachtet man die verschiedenen Größengruppen für sich, so erhält man z. T. noch höhere Prozentzahlen, deren Aufzählung ich mir wohl ersparen darf. Hieraus geht klar hervor, daß die Unterschiede zwischen Tuberkulösen und Nichttuberkulösen wohl bei den aus großen Zahlenmassen gewonnenen Durchschnittswerten nachweisbar sind, im Einzelfalle aber keine wesentliche Bedeutung für die Beurteilung des Körperzustandes hinsichtlich etwaiger Anlage zu tuberkulösen Erkrankungen beanspruchen können. Man kann meinen Deduktionen entgegenhalten, daß man ja nicht wissen könne, ob nicht von den Nichttuberkulösen die mit so geringem, der Tuberkulose verdächtigen Brustumfang ausgestatteten Leute später tatsächlich an Tuberkulose erkranken könnten, während man bei Gottstein dies für die Nichttuberkulösen ausschließen könne, da es sich bei ihm um bereits Verstorbene mit bekannter Todesursache handelt. Der Einwand ist bis zu einem gewissen Grade berechtigt. Immerhin handelt es sich bei unseren Nichttuberkulösen zum großen Teil um Leute, die wenigstens die anstrengenden Jahre ihrer aktiven Militärzeit durchgemacht, ohne tuberkulös zu erkranken, und dann kann man wohl kaum annehmen, daß z. B. von 1069 bisher gesunden Soldaten der Größengruppe von 160—165 cm 442 = 41,3 Proz., deren Brustumfang den Durchschnitt der Tuberkulösen nicht erreichte, später an Tuberkulose erkranken sollten, oder daß von den 121 Mann der Gruppe 180—185 cm gar 60, d. i. gerade die Hälfte, den Keim der späteren Lungenerkrankung in sich tragen. Auf Grund unseres umfangreichen Materials glaube ich also, der Berechnung des Prozentverhältnisses zwischen Brustumfang und Körpergröße eine praktische Bedeutung im wesentlichen absprechen zu können. Aus den obigen Prozentzahlen ist ferner zu ersehen, daß, ebenso wie bei Gottstein, das Prozentverhältnis zwischen Brustumfang und Körpergröße kleiner wird, je mehr letztere ansteigt; des weiteren geht aus ihnen hervor, daß die vielfach aufgestellte Forderung, daß der Ausatmungsbrustumfang mindestens gleich der halben Körpergröße sein solle, nicht als zutreffend angesehen werden kann, wie es übrigens auch schon von anderer berufenster Seite, namentlich von Fetzer und Seggel, nachgewiesen ist. Von je 100 Leuten der betreffenden Größengruppe hatten einen Brustumfang, der kleiner war als die halbe Körpergröße:

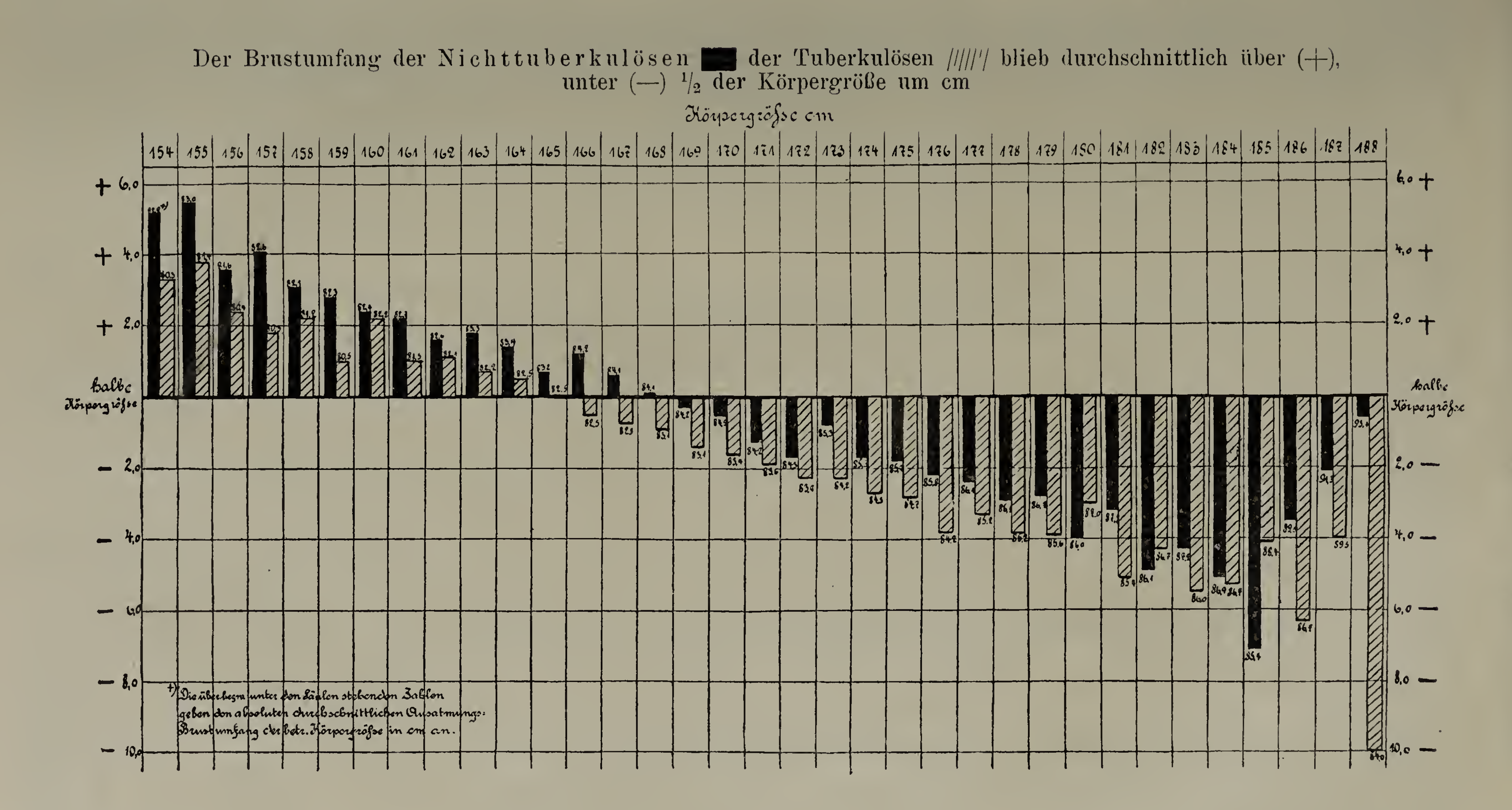
bei den	bis 155 cm	155,1-160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	180,1-185 cm	über 185 cm	insgesamt
Nichttuberkulösen	92,6	91,9	68,9	53,4	32,1	24,9	17,4	19,1	51,3
Tuberkulösen	92,6	81,8	57,5	40,7	24,6	18,8	9,3	12,5	40,0

Je größer die Körperlänge, desto mehr nimmt der Prozentsatz derjenigen Leute ab, deren Brustumfang die halbe Körperlänge erreicht. Dabei zeigt sich,

Von 100 Leuten der betreffenden Körpergröße hatten bei den Nichttuberkulösen ■, bei den Tuberkulösen ////// einen Brustumfäng größer als die halbe Körperlänge.



daß bei den Tuberkulösen — mit Ausnahme der ganz kleinen Leute — in allen Größengruppen die Zahl derjenigen mit einem die halbe Körperlänge übersteigenden Brustumfang beträchtlich kleiner ist, als bei den Nichttuberkulösen. Wie stellt sich nun für jede Körpergröße das durchschnittliche Brustmaß? Die folgende Tabelle (S. 74 oben) enthält die entsprechenden Zahlenangaben, und auf Tafel III habe ich versucht, sie graphisch zu erläutern. Die Abscissenachse entspricht jedesmal der halben Körpergröße, die aufsteigenden Säulen stellen das Plus (in cm) dar, um welche der Brustumfang die halbe Körperlänge übersteigt, die absteigenden Säulen das Minus, um welches der Brustumfang hinter der halben Körperlänge zurückbleibt. Sie sehen, daß bei den Nichttuberkulösen die Grenze, an der das Brustmaß der halben Größe entspricht, bei 168 cm liegt; bei abnehmender Größe nimmt das Plus kontinuierlich zu, bei steigender Größe kontinuierlich ab. Sie sehen ferner, daß bei den Tuberkulösen die Grenze etwas tiefer liegt, schon bei 165 cm, und daß weiter einerseits die positive Differenz zur halben Größe nicht so groß ist, wie bei den Nichttuberkulösen, andererseits das Minus fast durchweg größer ist als bei den gesunden Leuten. Auch hierin drückt sich die geringere Ausbildung des Thorax bei den Tuberkulösen aus. Aber auch hier hat der durchschnittliche Brustumfang für den Einzelfall wenig praktische Bedeutung, da die Schwankungsbreite, innerhalb der sich die einzelnen, die Durchschnittszahl ergebenden Summanden bewegen, eine recht erhebliche ist. So bewegt sich z. B. bei den 363 Leuten mit einer Körpergröße von 168 cm der Brustumfang zwischen 74 und 93 cm; nur 40 = 11 Proz. besaßen den durchschnittlichen Brustumfang von 84 cm; 158 hatten einen geringeren und 165 einen größeren. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei allen anderen Größen — ich brauche wohl weiter keine Beispiele dafür anführen. Um den Gegenstand zu erschöpfen, habe ich endlich auch das 3. Maß, welches bei der Brustmessung in Betracht gezogen zu werden pflegt, nämlich die Ausdehnungsfähigkeit oder den Brustspielraum bei meinen Untersuchungen berücksichtigt. Der durchschnittliche Brustspielraum betrug bei einer Körpergröße (siehe Tabelle auf S. 74 unten)


Der Brustumfang der Nichttuberkulösen ▬ der Tuberkulösen ////// blieb durchschnittlich über (+), unter (—) ½ der Körpergröße um cm
Körpergröße cm
154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188
+ 6,0
+ 4,0
+ 2,0
halbe Körpergröße
— 2,0
— 4,0
— 6,0
— 8,0
— 10,0

Körpergröße	Halbe Körpergröße	Nichttuberkulöse Brustumfang	Nichttuberkulöse + Zur halben Körpergröße	Tuberkulöse Brustumfang	Tuberkulöse + Zur halben Körpergröße	Differenz zwischen Tuberkulösen und Nicht-tuberkulösen
154	77	82,2	+5,2	80,3	+3,3	+1,9
155	77,5	83,0	+5,5	81,4	+3,9	+1,6
156	78	81,6	+3,6	80,4	+2,4	+1,2
157	78,5	82,6	+4,1	80,3	+1,8	+2,3
158	79	82,1	+3,1	81,2	+2,2	+0,9
159	79,5	82,3	+2,8	80,5	+1,0	+1,8
160	80	82,4	+2,4	82,2	+2,2	+0,2
161	80,5	82,7	+2,2	81,5	+1,0	+1,2
162	81	82,6	+1,6	82,1	+1,1	+0,5
163	81,5	83,3	+1,8	82,2	+0,7	+1,1
164	82	83,4	+1,4	82,5	+0,5	+0,9
165	82,5	83,2	+0,7	82,5	±0,0	+0,7
166	83	84,2	+1,2	82,5	—0,5	+1,7
167	83,5	84,1	+0,6	82,8	—0,7	+1,3
168	84	84,1	+0,1	83,1	—0,9	+1,0
169	84,5	84,2	—0,3	83,1	— 1,4	+1,1
170	85	84,5	—0,5	83,1	—1,6	+1,1
171	85,5	84,2	—1,3	83,4	—1,9	+0,6
172	86	84,3	—1,7	83,6	—2,3	+0,6
173	86,5	85,3	—0,8	83,7	—2,3	+1,1
174	87	85,3	—1,7	84,2	—2,7	+1,0
175	87,5	85,7	—1,8	84,3	—2,8	+1,0
176	88	85,8	—2,2	84,2	—3,8	+1,6
177	88,5	86,1	—2,4	85,2	—3,3	+0,9
178	89	86,1	—2,9	85,2	— 3,8	+0,9
179	89,5	86,7	—2,8	85,6	—3,9	+1,1
180	90	86,0	— 4,0	87,0	—3,0	—1,0
181	90,5	87,3	—3,2	85,4	—5,1	+1,9
182	91	86,1	—4,9	86,7	—4,3	+0,6
183	91,5	87,2	— 4,3	86,0	—5,5	+1,2
184	92	86,9	— 5,1	86,7	—5,3	+0,2
185	92,5	85,4	—7,1	88,4	—4,1	+3,0
186	93	89,5	—3,5	86,7	—6,3	+2,8
187	93,5	91,3	—2,2	89,5	—4,0	+1,8
188	94	93,4	—0,6	84,0	—10,0	+9,4

bei den	bis 160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	über 180 cm
Nichttuberkulösen	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	8,2
Tuberkulösen	6,8	7,1	7,2	7,5	7,8	8,1

bei einem Ausatmungsbrustumfang

bei den	bis 80 cm	über 80-85 cm	über 85-90 cm	über 90 cm	ins-gesamt
Nichttuberkulösen	7,9	7,7	7,4	7,1	7,6
Tuberkulösen	7,3	7,4	7,2	7,8	7,3

Es zeigt sich also, daß die Ausdehnungsfähigkeit mit steigender Körpergröße zunimmt, und zwar bei beiden Kategorien in ziemlich gleicher Weise, wenn auch der Brustspielraum bei den Tuberkulösen durchweg etwas kleiner ist, als bei den Nichttuberkulösen. Ferner ergibt sich, daß die Ausdehnungsfähigkeit, worauf bisher verhältnismäßig selten hingewiesen ist, mit steigendem Ausatmungsbrustumfang abnimmt. Diese Abnahme der Ausdehnungsfähigkeit bei steigendem Brustumfang wird mit gleichzeitig steigender Körperlänge größer, d. h. die Differenz zwischen dem durchschnittlichen Brustspielraum bei dem niedrigsten und dem höchsten Brustumfang steigt proportional der Körperlänge. Die Differenz beträgt bei den Nichttuberkulösen bei einer Größe von

bis 160 cm	160,1-165 cm	165,1-170 cm	170,1-175 cm	175,1-180 cm	über 180 cm
0,7	0,8	1,2	1,2	1,8	1,4

Eine Erklärung für diese Erscheinung ist nicht schwer; bei den höheren Brustumfängen genügt eben schon ein etwas geringerer Spielraum, um die erforderliche Ausdehnung der Lungen zu ermöglichen, während bei kleineren Brustumfängen hierzu eine größere Ausdehnung des Thorax nötig ist. Aber auch diese Untersuchungen über den Brustspielraum haben mehr ein theoretisches Interesse als praktische Bedeutung. Die Differenzen zwischen Tuberkulösen und Nichttuberkulösen sind so gering und bewegen sich zum Teil innerhalb so enger Grenzen, daß sie bei der Brustmessung in praxi überhaupt nicht in Frage kommen. Dazu kommt, daß auch hier wieder die Schwankungsbreite der einzelnen Brustspielräume so erheblich ist, daß man mit den Durchschnittszahlen im Ernstfalle nichts anfangen kann. Ich darf mir wohl nähere Angaben darüber ersparen. In praktischer Beziehung sind also auch meine Untersuchungen ergebnislos gewesen — ebenso wie die zahlreichen früheren derartigen Versuche. Natürlich will ich die Brustmessung nicht als völlig wertlos aus den Untersuchungsmethoden des Militärarztes oder des Versicherungsarztes ausscheiden — sie wird dem erfahrenen Arzt im Verein mit anderen objektiv nachweisbaren Abweichungen im Körperbau und an den inneren Organen immerhin in manchen Fällen ein wertvolles Mittel zur Beurteilung der Körperbeschaffenheit sein. Ob es gelingen wird, auf anderem Wege einen praktisch verwertbaren Maßstab durch Messungen festzustellen, möchte ich dahingestellt sein lassen. Vielleicht würde man zu sicheren Resultaten kommen, wenn man das Brustmaß nicht auf die gesamte Körpergröße, sondern nur auf die Länge des Rumpfes bezöge, als den Körperteil, dessen Entwicklung für den Zustand der Lungen in erster Linie maßgebend ist. Neuerdings wird das Pignetsche Verfahren gerühmt, welches darin besteht, daß man den Brustumfang (in cm) und das Gewicht (in kg) addiert und diese Summe von der Körperlänge (in cm) abzieht. Die Differenz soll um so geringer sein, je kräftiger der betreffende Mann ist. Eine Differenz von 35 soll völlige Untauglichkeit bedingen. Soweit ich die Literatur übersehe, liegen aus Deutschland noch keine Erfahrungen hierüber vor. Es dürfte sich lohnen, hierüber an einem größeren Material Untersuchungen anzustellen, zumal für die Pignetsche Berechnung nur die schon jetzt — beim Militär und bei der Versicherung — festgestellten Maße — Körpergröße, Brustumfang und Gewicht — gebraucht werden. Weitere Messungsmethoden, zu deren Ausführung besondere Instrumente, z. B. Tasterzirkel usw., erforderlich

sind, wie sie u. a. Seggel und Fetzer ausgeführt und empfohlen haben, halte ich hingegen — wenigstens für militärische Zwecke — bei Massenuntersuchungen für praktisch undurchführbar.

Sitzung vom 3. Mai 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Brat: **Berufskrankheit und Unfall.** Daß die gewerblichen Vergiftungen nur einen geringen Bruchteil der beruflichen Schädigungen ausmachen, ist genügend auf der vorletzten Konferenz der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrt betont worden. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, als ob manche Sozialpolitiker zunächst nur deswegen einer besonderen Entschädigung für bestimmte gewerbliche Vergiftungen das Wort reden, weil sie hoffen, mittels einer wohlfeilen Waffe, wie sie das Schlagwort Vergiftung darstellt, eine Bresche zu schaffen, durch welche später das ganze Heer von sogenannten Berufskrankheiten zum Teil mit Recht, zum Teil mit Unrecht eindringen könnte. Wesentlich erleichtert wird dieses Bemühen dadurch, daß in zwei Staaten, England und Frankreich, gesetzliche Maßnahmen ergriffen, bezüglich in Aussicht genommen sind, die gewerblichen Vergiftungen den Unfällen gleichzustellen. Aber wenn man sich auf diese Tatsache beruft, vergißt man vollständig, daß in den beiden herangezogenen Staaten zwar eine obligatorische Unfall-, aber keine staatliche Krankenversicherung existiert, und daß die Forderung der Gleichstellung von gewerblichen Vergiftungen und Unfällen aus diesem Mangel heraus entstanden ist.

In England und in Frankreich sind mehr praktische Tendenzen, bei uns in Deutschland sozial ideale Momente, um diesen Ausdruck zu gebrauchen, die Triebfeder für die Forderung der Gleichstellung von Berufskrankheit und Unfall. Bei den beiden, in gleicher Begeisterung für eine große Aufgabe entstandenen und in diesem Verein vorgetragenen Entwürfen zum Umbau der sozialen Gesetzgebung finden sich trotzdem unvereinbare Gegensätze bezüglich der hier aufgeworfenen Spezialfrage.

In umfangreicher Weise werden aber die Schwierigkeiten bei Gleichstellung der Betriebskrankheiten mit den Unfällen ersichtlich, wenn man die Grundlagen des französischen Gesetzentwurfs betrachtet. Die Dauer der Verantwortungsfrist der Arbeitgeber bei den einzelnen beruflichen Schädigungen — für die Erkrankungen der Atmungsorgane und der einzelnen Infektionskrankheiten ist vorsichtigerweise eine Verantwortungsfrist nicht angegeben — ist ganz willkürlich in dem genannten Entwurf festgesetzt worden. Als Krankheiten, welche infolge einer gewerblichen Bleivergiftung entstehen können, sind bezeichnet: Bleikolik, Myalgie, Arthralgie, Paralyse, Encephalopathie, Hysterie, progressive Anämie, Nierenentzündung, Gicht, Arteriosklerose. Als Folgen der gewerblichen Quecksilbervergiftung sind angeführt: Stomatitis, Zittern, Ernährungsstörungen, Kachexie; die Symptome der gewerblichen Arsenvergiftung sind mit folgenden Affektionen angeführt: Verdauungsstörungen, Laryngo-Bronchitis, Hautkrankheiten, Kopfschmerzen, Paralyse, Nierenentzündung, Kachexie. Als Symptome der Schwefelkohlenstoffvergiftung sollen gelten: Schwere spezifische Vergiftung, Augenerkrankungen, Verdauungsstörungen, Zittern, Hysterie, Paralyse, Kachexie.

Nach diesem Entwurfe wird das Krankheitsbild der bis jetzt angeführten Vergiftungen, abgesehen von wenigen spezifischen Symptonen, bestimmt durch Allgemeinstörungen oder lokale Krankheitsprozesse, welche keineswegs in irgend

einer Weise für eine dieser Vergiftungen als bestimmt charakteristisch angesehen werden können. Das gilt insbesondere auch von Krankheitserscheinungen wie Zittern, Paralyse, Hysterie. Die Symptome, welche bei der gewerblichen Kohlenwasserstoffvergiftung angeführt sind, möchte ich nach meinen Erfahrungen als direkt falsch bezeichnen. Die große Anzahl Industrien aufzuzählen, bei welchen nach nach diesem Entwurf Erkrankungen der Luftwege, Tuberkulose vorkommen, kann unterlassen werden, ebenso die Aufzählung aller ansteckenden Krankheiten, welche in den verschiedensten Industrien vorkommen können. Nach diesem Entwurf kann das ganze Gebiet der menschlichen Pathologie, als zu den Berufskrankheiten gehörig, angesehen werden — angefangen mit den sogenannten sichergestellten Berufskrankheiten — zum Schluß wird die ganze Pandorabüchse geöffnet. Wenn man überhaupt die Frage entscheiden will, ob man in den Krankheiten des täglichen Lebens Berufskrankheiten erblicken kann, muß man zunächst berufsstatistische Unterlagen beschaffen, welche nicht allein den Beruf, sondern auch die äußeren Lebensverhältnisse berücksichtigen. Bei derselben gewerblichen Gefahr können die Arbeiter einer Stadt oder auf dem flachen Lande in ganz verschiedenen Prozentsätzen an den verschiedensten Affektionen erkranken. Es spielen dabei Wohnungsverhältnisse die Frage einer zweckmäßigen Beköstigung und auch klimatische Faktoren eine Rolle. Aus den obigen Ausführungen geht wohl zur Genüge hervor, wie die Begriffe Krankheit und Berufskrankheit ineinander übergehen, und daß eine Sonderstellung der Berufskrankheiten gegenüber den Krankheiten überhaupt nur auf einer unzureichenden wissenschaftlichen Basis zurzeit geschaffen werden kann. Wie in dieser Gesellschaft von anderer Seite und auch von mir die Meldepflicht bei gewerblichen Versicherungen auf Grund unserer Kenntnisse zurzeit als unmöglich bezeichnet wurde, so hat auch die Trennung von Krankheit und Berufskrankheit gegenwärtig noch kein Recht, gesetzlich sanktioniert zu werden.

In zweiter Linie habe ich es mir zur Aufgabe gestellt, zu prüfen, mit welchen Schwierigkeiten die Unfallbegutachtung zu tun hat. Das Gesetz selbst gibt, wie bekannt, keine nähere Begriffsbestimmung des Wortes „Unfall". — Erkrankungen im allgemeinen, Gewerbekrankheiten, Schädigungen infolge gewisser Einflüsse: Zugluft, Feuchtigkeit usw. sollen nicht als Unfälle angesehen werden. Trotzdem werden die Ärzte vor die Entscheidung gestellt, ob eine Lungenentzündung durch eine Kontusion, ob eine Handgelenkstuberkulose durch bestimmte, bei einem Beruf notwendige Bewegungen, ob eine Sehnervenatrophie bei Tabes als Folge von Zugluft, eine Apoplexie oder ein Blutsturz als Folge einer Überanstrengung entstanden aufzufassen ist, ob eine Körperbewegung als Überanstrengung betrachtet werden kann. Bei derartigen Urteilen ist nicht das Maß unseres ärztlichen Wissens, sondern das subjektive Empfinden des Gutachters, so scharfsinnig die Deduktionen desselben im Einzelfalle auch zu sein scheinen, allein ausschlaggebend. Kann der Arzt sich überhaupt mit dem Sprachgebrauch des Wortes Unfall, der eigentlich der Sprachgebrauch der Laien ist, zufrieden geben? Für den Nachweis des Zusammenhangs einer Körperschädigung durch einen Unfall verlangt die Beweispflicht entweder ein z w e i f e l l o s als Ursache der Verletzung in Betracht kommendes, akutes, äußeres, von dem Willen des Betroffenen unabhängiges Ereignis oder eine Erkrankung, welche die Bewertung eines Ereignisses als akute Ursache derselben z u l ä ß t. Die Rechtsprechung hat an der zeitlichen Begrenzung, welche in dem Begriff „Unfall" nach dem Sprachgebrauch liegt, nicht festhalten können und eine über Stunden,

resp. einen Tag sich ausdehnende Einwirkung als genügend abgegrenztes zeitliches Ereignis angesehen Die Beurteilung, ob eine Erkrankung derartig aufzufassen ist, daß irgend ein äußeres Ereignis als Unfallursache angesehen werden kann, ist den Ärzten vorbehalten. Diese Beurteilung kann sich nach meiner Ansicht nicht nach dem Sprachgebrauch richten. Es gibt mikroskopische Gewalteinwirkungen und es gibt mikroskopische Folgeerscheinungen derselben. Es ist denkbar — nicht notwendig —, daß beim Eindringen eines bestimmten Steinpartikelchens in die Lunge des Steinhauers der Ort für die Ansiedlung des ersten Keims der Tuberkulose geschaffen wird. Es ist möglich, daß durch den Wollstaub in einer Spulerei bei einem Individuum eine geringste akute Verletzung gesetzt wird, die den Boden für ein chronisches Siechtum bildet. Daß uns diese geringste Verletzung entgeht, weil vielleicht mit derselben keine Blutung verbunden ist, daß uns die ersten Anfänge der Unfallfolgen nicht bekannt werden, weil die Krankheitserscheinungen nicht gleich manifest sind, berechtigt uns keineswegs, die Unfallmöglichkeit in solchen Fällen abstreiten zu wollen. Wenn nach der Unfallstatistik der Berufsgenossenschaft für Landwirtschaft und Forstwesen aus dem Jahre 1901 bei 68 Fällen von „Blutvergiftung“ nur in einem Teil die Entstehung der Wunde und in einem anderen Teil die Entstehung der Infektion bekannt geworden ist und trotzdem alle Fälle entschädigt worden sind, so sieht man, wie formal die Beweisführung an dem akuten Ereignis festhält, während an die Würdigung, ob in der Verletzung an und für sich oder der Infektion das wesentliche Moment für den Verlauf des Unfalls, resp. der Unfallfolgen zu erblicken ist, nicht herangetreten wird.

Wie auf der einen Seite eine Trennung von Krankheit und Unfall nicht möglich ist, und ein Teil der für gewöhnlich nicht als Unfälle aufgefaßten Infektionen nach dem Stand der heutigen ätiologischen Forschungsergebnisse — das gilt nicht allein für die Tuberkulose — oft als Unfälle aufgefaßt werden müssen resp. können, so hat auch die Anschauung kleinster Gewalteinwirkung Anhänger gefunden, um die gewerblichen Vergiftungen in die Reihe der Unfälle zu stellen. Man hat den Begriff „kumulativ“ so allgemein gefaßt, daß jede chronische Einwirkung mit diesem Wort bezeichnet werden kann. Unter kumulativ wirkenden Substanzen kann man aber nur solche verstehen, welche zunächst bei ihrer Einverleibung sichtbare krankhafte Erscheinungen nicht bewirken, welche aber nach der Kumulation des Giftes verhältnismäßig schnell zur Zuführung geringer, vorher ohne ersichtlichen Schaden vertragener Mengen Krankheitserscheinungen manifest werden lassen. Derartige Einwirkungen können nach meiner Ansicht auch heute schon mitunter als Unfälle zur Entschädigung kommen. Zu solchen kumulierend wirkenden Substanzen gehören eine Anzahl Blutgifte; für das Blei kann man vom pharmakologischen Standpunkte eine derartige kumulative Wirkung annehmen. Die Nachschübe von Bleikolik, welche z. B. nach Entfernung eines Bleiarbeiters aus dem Betrieb entstehen und welche dadurch zu erklären sind, daß im Organismus deponiertes, entgiftetes Blei wieder mobil gemacht wird, weisen auf die kumulative Wirkung der Noxe hin. Man ist zu sehr von der Vorstellung befangen, daß jede Bleierkrankung nur als Gewerbekrankheit aufzufassen ist und versäumt sicher oft im Einzelfall nachzuforschen, ob nicht in der minutiösen Beachtung der Vorgänge und der Eigenschaften des Bleies die Möglichkeit zur Konstruktion eines Unfalles gegeben ist. Wir kennen die Natur zahlreicher Substanzen zu wenig, um zu wissen, ob derartige Annahmen ebenfalls für dieselben gestattet

sind. Die Möglichkeit, daß Kohlenoxyd, Phosphor, Quecksilber in dem obigen Sinne als kumulativ wirkende Substanzen zu bezeichnen sind, ist nicht ausgeschlossen. Unter dieser Voraussetzung würde in der letzten die Erkrankung in die Erscheinung bringenden, wenn auch minimalen Einwirkung das Unfallereignis liegen. Die Erforschung der Natur der gewerblichen Noxen stellt sich hier wiederum als ein Erfordernis heraus, damit der Rechtsprechung exaktere Grundlagen gegeben werden könnten, als der Sprachgebrauch bedingt, der in den Worten Gewerbekrankheit und Unfall liegt.

Wie bei der Infektion, so muß auch bei der Intoxikation der Begriff des kleinsten wirksamen äußeren Unfallereignisses aufgestellt werden.

Im vorgehenden habe ich mich bemüht, auseinanderzusetzen, wie für das ärztliche Auge oder besser für die Wissenschaft keine Grenzen zwischen Krankheit, Gewerbekrankheit und Unfall bestehen; wesentlich Neues habe ich nicht anführen können. Dennoch erschien es zweckmäßig, gerade im Anschluß an die großen sozialpolitischen Vorträge in diesem Verein diesen Standpunkt zu betonen. Wir Ärzte fordern im Interesse der Volkshygiene, „daß jede Versicherung gegen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit den mininalen Bedürfnissen der Existenz Genüge leiste, und zwar ganz gleichgültig, welche Ursachen das Erlöschen der Arbeitsfähigkeit bewirkt". Mit der Erfüllung dieses Postulats fällt von selbst die Forderung nach besonderer Entschädigung von Berufs- oder Betriebskrankheiten fort.

Für den Fall, daß bei der Neugestaltung der sozialen Gesetzgebung die Ansprüche an die Ärzte bezüglich der Begutachtung nicht eine Verringerung erfahren können, wird auf die Ärzte eine Verantwortung geladen, die nie in ihrem Sinne liegen kann, zumal wenn neue Begriffe, wie derjenige der Berufskrankheiten, zu den alten, Krankheit, Unfall und Invalidität, in die Gesetzgebung eingeführt werden sollten. Aus inneren Gründen muß der Arzt für sich und als natürlicher Vorkämpfer der Versicherungsnehmer die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung fordern.

Auch ich hoffe, daß die von Lennhoff in seinem Vortrag geforderte Berücksichtigung des Existenzminimums und die hierdurch mögliche Vereinfachung der Arbeiterversicherung sich ihr Recht erobern wird. Hier fehlt uns noch der große Entwurf, der das Werk wirklich aus einem Gusse plant und der die Möglichkeit der praktischen Durchführung auch ohne Diktator voraussehen läßt. Bei einer Vereinfachung der sozialen Gesetzgebung, wie sie dann möglich wäre, würde sich das ärztliche Können frei entfalten in der prophylaktischen und therapeutischen Bekämpfung der Krankheiten, und die Grenzen des nötigen ärztlichen Wissens würden nicht so eng gesteckt sein, daß wir vielen an uns gestellten Fragen ein Ignorabimus entgegenhalten müssen.

Sitzung vom 14. Juni 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Lennhoff.

Herr Lassar legt die Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für **Volksbäder** über ihre letzte Versammlung vor. Es verdient hervorgehoben zu werden, daß die Vereinigung in wenigen Jahren die Aufmerksamkeit verschiedener Faktoren auf sich gezogen hat, in erster Linie die der Städte. Die Frage der Volksbäder ist direkt zu einer Kommunalangelegenheit geworden. Es ist eine

sozialpolitische Umwandlung gegen frühere Auffassung eingetreten, wo man wohl Badeanstalten besaß, aber weit entfernt war, sie zur Aufgabe des Gemeinwesens zu erheben. Das ist inzwischen geschehen. Das Interesse für die Bewegung hat sich erweitert, und es ist bemerkenswert, daß man auch in einer verhältnismäßig so beschränkten Fragestellung das Gesamtbild des nationalen und des ökonomischen Lebens sich wiederspiegeln sieht. Denn sowohl hervorragende Hygieniker wie größere Kommunalverwaltungen und führende Staatsregierungen haben sich praktisch beteiligt; daran schließt sich natürlich auch eine Anregung für die Industrie. Eine ganze Reihe von Technikern beschäftigen sich jetzt mit Bade- und Installationseinrichtungen. Die Aufgabe der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder geht dahin, die öffentliche Aufmerksamkeit darauf zu lenken, daß ein hygienisches Bedürfnis vorliegt und Abhilfe dringend geboten erscheint. In der Tat sind auch so viele Vorschläge gemacht worden, daß es sich lohnt, einen Blick auf die über 10 Bogen starken Verhandlungen, welche an einem Tage erledigt sind, zu werfen. Es ist ein Haupterfordernis, daß die Anregungen gedruckt bleiben und später noch Einfluß gewinnen können. Eine ganze Reihe von Thematen sind angeregt worden, gar nicht mit der ausgesprochenen Absicht, daß dieselben zur ausführlichen Besprechung gelangen, sondern daß jeder sieht, hier liegt etwas Diskutables vor. Ich möchte noch bemerken, daß auch eine direkt sozialmedizinische Frage zur Besprechung gelangt ist, die ich selbst zur Erörterung gestellt habe. Es handelt sich um die Beziehungen der Kassen zu den Volksbädern. Ich muß hervorheben, daß ein gewisses Manko vorliegt. Die Kassen haben nur für die Kranken zu sorgen. Sobald ein Mitglied nicht krank ist, hört die Fürsorge für dasselbe auf. Die prophylaktische Idee, welche den Landesversicherungsanstalten zugrunde liegt, war damals noch nicht bekannt, als das Krankengesetz eingeführt wurde; man dachte nicht an die Möglichkeit, eine weitere Fürsorge eintreten zu lassen. Von Herrn Lennhoff ist mir reiches Material zugegangen und ich darf ihm auch hier meinen Dank wiederholen.

Sodann trägt Herr Zondek über **„Ursächliche Beziehungen zwischen Unfall und Magencarcinom“** vor. Seit Einführung der Unfallversicherungs-Gesetzgebung werden bei fast allen möglichen Erkrankungen Unfälle als Krankheitsursachen angegeben. Das ist begreiflich; denn die Feststellung der Erkrankung als Folge eines Unfalls ist gewöhnlich von großer wirtschaftlicher Bedeutung für den Patienten sowohl für seine Angehörigen. Wenn hierbei, was mehrfach vorkommt, von den Patienten unwahre Angaben gemacht werden, so geschieht dies oft im besten Glauben. Das sehen wir in denjenigen Fällen, in denen keinerlei materielle Interessen in Betracht kommen. Auch hier führen oft die Patienten ihre Erkrankung, wenn sie keine andere bestimmte Ursache für die Entstehung ihres Leidens ermitteln können, auf ein Trauma zurück, und ein Trauma hat schließlich ein jeder einmal erlitten. Die Aufgabe des Arztes ist es nun, in dem Einzelfalle den wirklich ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Erkrankung festzustellen. So kommt es aber, daß auch die Ärzte auf die angeblichen Unfälle der Patienten mehr als früher zu achten haben und auch achten. Sehr interessant ist in dieser Hinsicht eine Äußerung, die Fürbringer in einer Diskussion machte. Fürbringer sagte, er beobachte jährlich etwa 50 Fälle von Magencarcinom, und im Laufe der Jahre habe er mehr als ein halbes Tausend Fälle von Magencarcinom gesehen, aber niemals ist ihm hierfür als Krankheitsursache ein Unfall betont worden. Allerdings, fügte er hinzu, habe er nie danach gefragt. Diese Ausführung von Fürbringer zeigt

aber ferner, wie häufig das Magencarcinom vorkommt. Nach Wyss sind 2 Proz. aller Todesfälle die an Magencarcinom; das trifft allerdings nicht für alle Gegenden zu; so soll in den Tropen ein Magencarcinom sehr selten beobachtet werden. Auch Virchow hat auf die Häufigkeit des Magencarcinoms hingewiesen. Von allen Carcinomen betreffen nach Virchow die des Magencarcinoms 35 Proz., nach anderen Zusammenstellungen sogar 40 Proz. Das Magencarcinom ist also ein relativ häufiges Vorkommnis. Die ätiologische Bedeutung des Traumas für die Entwicklung des Magencarcinoms verdient darum ein hohes Interesse. Es fragt sich nun zunächst: Läßt sich die traumatische Genese des Magencarcinoms wissenschaftlich begründen? Bekanntlich gibt es für die Entwicklung der Carcinome vornehmlich zwei Theorien, die von Virchow und die von Cohnheim. Virchow führt die Entwicklung der Carcinome auf irritative Momente zurück: Häufig wiederkehrende, oder chronisch wirkende Traumen, mechanische, chemische, thermische Reize führen zur Entwicklung und zum Wachstum der Geschwulst. Cohnheim hingegen nimmt eine innere Ursache für die Genese der Carcinome an; eine fehlerhafte embryonale Gewebsanlage ist es, aus der sich die Geschwulst bildet. In der neueren Zeit neigt man mehr der Cohnheim'schen Theorie zu, und den irritativen Momenten wird für bestimmte Fälle (Lippenkrebs der Pfeifenraucher, Hodensackkrebs der Schornsteinfeger) eine direkte, für die meisten Fälle aber nur eine indirekte Bedeutung zuerkannt; durch die Reizung kommt es zur Wucherung der embryonal versprengten Keime, zur Geschwulstbildung, oder es kommt zu entzündlichen Veränderungen, auf deren Boden sich die Geschwulst entwickelt. Diese Theorie läßt sich besonders gut auf die Entstehung der Magencarcinome anwenden. Die Entwicklung von Magencarcinomen auf der Basis von Magengeschwüren ist pathologisch-anatomisch festgelegt. Nach einer Zusammenstellung von Menne trifft dies für 8,25 Proz. aller Magencarcinome zu. Ferner ist auch die traumatische Entstehung von Magenulcera pathologisch-anatomisch anerkannt. Demnach ist die Möglichkeit der traumatischen Genese eines Magencarcinoms für wissenschaftlich erwiesen anzusehen. Wie werden wir uns nun bei der Beurteilung des Einzelfalles verhalten? Setzen wir das Trauma als sicher festgestellt voraus, so werden wir zunächst danach fragen: Wohin ist das Trauma erfolgt? Die einen Autoren verlangen, daß das Trauma in die Magengegend eingesetzt hat, denn nur an dem Ort der Einwirkung des Traumas kann sich das Carcinom entwickeln. Nach Boas und Menne genügt indes eine allgemeine Gewalteinwirkung, eine Erschütterung des ganzen Körpers; es kommt hierbei zur Kontraktion der Bauchwand bei feststehenden Zwerchfell, es entstehen Risse in der Magenschleimhaut, eine chronische Gastritis entwickelt sich, und auf ihrer Basis entsteht ein Magencarcinom. Eine weitere Frage ist es, in welcher Zeitdauer nach dem Unfall kann sich das Magencarcinom bilden. Nun, das ist schwer zu sagen, denn das Magencarcinom kann lange bestehen, ohne daß sein Nachweis möglich wäre; gibt es ja doch okkulte Magencarcinome, die, ohne irgend welche Störungen verursacht zu haben, bei Sektionen als zufällige Nebenbefunde erhoben werden. Im allgemeinen nimmt Boas als kürzeste Frist zwischen Trauma und Geschwulstbildung ein halbes Jahr und als längste Dauer 4—5 Jahre an. Auch die Frage, wie lange Zeit zwischen Trauma und dem Tod des Patienten liegen muß, um hier von einer Unfallerkrankung sprechen zu können, ist schwer zu entscheiden. Es gibt Magencarcinome, die von weicher Konsistenz sehr schnell und stark wuchern, sehr bald zu Metastasen und zum Tode führen, es gibt aber auch harte Carcinome (Scirrhen), bei denen die Me-

tastasen erst später auftreten und bei denen erst nach mehreren Jahren der Tod erfolgt. Ich habe Gelegenheit gehabt, einen Fall zu beobachten, bei dem wegen eines vorgeschrittenen Magencarcinoms die Gastro-Enterostomie gemacht wurde: der Patient ging jedoch erst nach 5 Jahren an dem Carcinom zugrunde. Auch der Sitz des Carcinoms ist von wesentlicher Bedeutung für den Verlauf des Carcinoms. Ein Carcinom am Pylorus dürfte früher und zu intensiveren Magenstörungen führen als ein Carcinom an der übrigen Magenwand. Dadurch dürfte aber auch bei den Pyloruscarcinomen die Widerstandskraft des Individuums frühzeitiger und in höherem Grade herabgesetzt werden als bei den mehr oder weniger fern vom Pylorus lokalisierten Carcinomen. Wenn nun bei einem Individuum mit gesundem Magen im Anschluß an ein geeignetes Trauma in der erfahrungsmäßigen Zeit zwischen $^1/_2$ und 5 Jahren (Fürbringer setzt die unterste Grenze auf $^1/_4$ Jahr fest) ein Carcinom des Magens konstatiert wird, so kann das Carcinom als Unfallfolge aufgefaßt werden. Es können hierbei zweierlei Möglichkeiten vorliegen. Das Trauma kann zur chronischen Gastritis oder einem Ulcus geführt haben, und daraus kann sich ein Carcinom entwickelt haben, oder aber es kann ein bereits bestehendes okkultes Magencarcinom durch das Trauma zu lebhafterem Wachstum angeregt und mit seinen Folgen, Blutungen, entzündlichen Störungen der angrenzenden Magenwand. in die Erscheinung gebracht worden sein. Indes auch für diesen Fall der Steigerung eines bestehenden Krankheitsprozesses durch einen Unfall erkennt die Gesetzgebung die Rentenansprüche an. Menne hat nun aus den Akten der Bonner Berufsgenossenschaft, aus den Mitteilungen des Reichsversicherungsamtes und aus sonstiger Unfallliteratur diejenigen Fälle zusammengestellt, bei denen „ein direkter ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Magencarcinom seitens der entscheidenden Instanzen auf Grund der ärztlichen Gutachten oder seitens der Autoren mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen worden ist, oder angenommen werden kann". Es sind im ganzen 10 Fälle. Über einen gleichartigen Fall kann ich Ihnen heute berichten. Herr Reichstagsabgeordneter Robert Schmidt war so freundlich, mir die Akten über diesen Fall zur Veröffentlichung zu überlassen. Es handelte sich um einen 40jährigen Bergmann, der einen Hufschlag von einem Pferde in die Magengegend erlitten hatte. Ungeachtet dieses Traumas ging der Mann seiner täglichen Arbeit weiter nach. Nach 3 Monaten traten Magenbeschwerden auf und nach weiteren 3 Monaten wurde an dem Patienten bei einer Operation einer Hernie in der Linea alba ein Pyloruscarcinom konstatiert, das die Gastro-Enterostomie notwendig machte. 1 Jahr nach dem Unfall starb der Patient an den Folgen des Magencarcinoms. Ich will hier auf die einzelnen Gutachten nicht näher eingehen. Der am meisten strittige Punkt in ihnen ist die Frage: Wie lange Zeit liegt zwischen Beginn der Entwicklung eines Magencarcinoms bis zu seinem endlichen Ablauf, oder mit anderen Worten, eine wie lange Zeit darf zwischen Trauma und Tod des Individuums liegen, um hier einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen. Die Gutachter der einen Partei nehmen die durchschnittliche Zeit von 2 Jahren an, die anderen Gutachter hingegen setzen die erfahrungsmäßige Dauer auf 1—2 Jahre, und die unterste Grenze auf 2 Monate und $^1/_4$ Jahr fest. Das Reichsversicherungsamt hat in diesem Falle die Rentenansprüche der Angehörigen des Verstorbenen anerkannt. Zum Schluß sei es mir gestattet, aus dem Obergutachten des Prof. F. folgenden Passus zu verlesen:

„Allein es darf nicht außer acht gelassen werden, daß wir bei der Beurteilung des Zusammenhangs von inneren Krankheiten mit Unfalltraumen, meist auf

Wahrscheinlichkeitsschlüsse angewiesen, den höheren Wert dem geeigneten Unfall und der Kontinuität der Erscheinungen zuzuerkennen haben; andernfalls würden wir wohl im Löwenanteil der Fälle den Arbeiter resp. seine Angehörigen durch unsere Ablehnung des Zusammenhangs auf Grund unserer mangelhaften Kenntnisse ungerechterweise leiden lassen. Die Unsicherheit unseres derzeitigen Wissens gestattet meines Erachtens nicht bei dem Begriff der bloßen Möglichkeit Halt zu machen da, wo die Abhängigkeit einem strikten Nachweise unzugänglich ist." So richtig diese Anschauung ist, so wenig wir Renvers beipflichten können, wenn er 1898 in einem Obergutachten sagt: „Ein genetischer Zusammenhang zwischen Trauma und Magencarcinom ist in jedem Falle zu verneinen," so müssen wir uns doch vor Augen halten, daß wir in den günstigsten Fällen nur mit einem mehr oder weniger hohen Grade von Wahrscheinlichkeit das Carcinom des Magens wie das der inneren Organe als Folge eines Unfalls nachweisen können. Reicht auch diese Feststellung im Sinne des jetzt bestehenden Gesetzes zur Anerkennung der Rentenansprüche hin, so können wir uns damit doch nicht zufrieden geben. Sehen wir davon ab, daß wir die traumatische Genese dieser Erkrankung nie mit Sicherheit erbringen können, so erscheint uns überhaupt die dem Gesetz zugrunde liegende Auffassung nicht zu Recht zu bestehen. Denn von so wissenschaftlichem Interesse auch bei den verschiedenen Erkrankungen die Feststellung sein mag, ob und inwieweit ihre traumatische Entstehung in Betracht kommt, so muß es doch in praktischer Hinsicht gleichgültig erscheinen, ob eine Invalidität auf einen Unfall oder eine andere Ursache zurückzuführen ist. Wir werden darum der Forderung R. Lennhoff's beipflichten: Nicht die Ursache für die Entstehung der Invalidität, nicht ihre traumatische Genese, sondern die Feststellung der Invalidität an sich und ihres Grades muß für die Bestimmung der Rentenansprüche maßgebend sein.

Sodann berichtet Herr Munter über folgenden **Fall aus der Unfallkasuistik:** Es handelt sich um einen 66 jährigen Zimmermann aus der Nähe von Wandsbek. Ich habe den Mann zusammen mit den Herren Kollegen Strauß und Zondek untersucht, als Gutachter im Auftrage des Arbeitersekretariats. Der Mann hat eine Verstümmelung eines Fingers von früherem Unfall, er war nie infiziert und in keiner Weise erblich belastet; er trank, wie alle Bauhandwerker, täglich für ungefähr 15 Pfg. Schnaps. Wie aus den Akten feststeht, hatte er trotz seiner 66 Jahre ununterbrochen bis zu dem Tage des Unfalls gearbeitet und täglich 5 Mk. verdient. Am 1. Juni 1904 fand der Unfall statt. Der alte Mann fiel von der 1. Etage etwa 4 m tief, wobei er auf die Stirn aufschlug und auf die rechte Seite; er trug eine Schädelverletzung sowie einen Bruch des Brustbeins und einiger Rippen davon. Der Verletzte wurde vom Kassenarzt dem Altonaer Krankenhaus überwiesen; dort blieb er eine Reihe von Wochen und hat dann allmählich wieder, trotz vieler Beschwerden, die sich im Anschluß an den Unfall einstellen, gearbeitet; er hat die Arbeit als Zimmermann aufgeben müssen und als gelegentlicher Arbeiter sich ernährt. Das Höchste, was er dabei verdiente, waren 3,40 Mk. Der Mann versuchte bei der zuständigen Berufsgenossenschaft, seine Ansprüche geltend zu machen, indem er behauptete, daß er durch den Unfall an Kopfschmerz und Kurzatmigkeit litte, und daß eine ziemlich bedeutende Rückgratsverkrümmung auf diesen Unfall zurückzuführen sei. Der Kassenarzt erklärte die sämtlichen Zustände als senile Veränderungen, besonders die Veränderungen an der Wirbelsäule, sowie eine ziemlich beträchtliche Knickung am Brustbein selbst. Er erklärte die Rückgratsverkrümmung als Greisenveränderung

und bezog sämtliche subjektiven Klagen auf Gefäßverkalkung, die teils auf Senium, teils auf Alkoholgenuß zurückzuführen ist. Die Berufsgenossenschaft, die sich auf das Urteil des Kassenarztes bezog, sowie auf das Gutachten des Altonaer Krankenhauses, wies den Mann auch ab. Nachträglich hat der erstbehandelnde Arzt dann doch die Möglichkeit zugegeben, daß die Schmerzen, über die der Mann klagte, wohl vorher nicht bestanden haben mögen, und infolge des ziemlich bedeutenden Unfalls eingetreten seien und eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit veranlaßt haben könnten. Auch das Schiedsgericht wies den Verletzten infolge der Erklärung des ersten Arztes vollständig ab, einmal, da die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs mit dem Unfall nicht ausreichte, um eine Rente zu erteilen, ferner aber, weil bei dem Alter des Mannes anzunehmen sei, daß die Veränderungen in den Gefäßwänden schon vor dem Unfall bestanden haben. Der Mann wandte sich an das Zentral-Arbeitersekretariat und erhob Rekurs gegen die Entscheidung des Reichsversicherungsamts. Es trat ein Gutachterkollegium zusammen. Unter den Vorschlägen, die von den deutschen Ärzten zur Reform der sozialpolitischen Gesetze jetzt gemacht werden, befindet sich auch der Vorschlag, daß da, wo die Ärzte in ihrem Gutachten nicht einig sind, eine Gutachterkommission gebildet werden soll. Diese geplanten ständigen Kommissionen haben ihre Bedenken, denn zur Abstimmung kann man wissenschaftliche Resultate nicht stellen. Unsere Untersuchung ergab ein übereinstimmendes Resultat: auch von chirurgischer Seite hat Kollege Zondek festgestellt: das Vorhandensein der Rückgratsverkrümmung, Seitwärtsneigung der Wirbelsäule nach rechts, Veränderungen am Brustbein, die Schmerzen an jener Stelle wahrscheinlich machen. Es fand sich ferner Zittern der ausgestreckten Hände, vor allen Dingen aber erhebliche Störungen des Gleichgewichts bei Prüfung mit geschlossenen Augen und beim Vor- und Rückwärtsbeugen des Rumpfes mit offenen Augen. Dann stellte Kollege Strauß eine hochgradige Gefäßverkalkung und eine entsprechende Veränderung des Herzens fest. Wir haben dann in unserem Gutachten mit den Vorgutachtern die Veränderungen an der Wirbelsäule für ausschließlich senile erklärt. Dagegen haben wir doch die Wahrscheinlichkeit ausgesprochen, daß die Veränderungen am Brustbein ausschließlich traumatischen Ursprungs sind. Die nervösen Erscheinungen haben wir in Zusammenhang mit der Arteriosklerose gebracht und zugegeben, daß der Mann sich noch vor dem Tage des Unfalls an Arteriosklerosis gelitten hat; aber absolut abweichen mußten wir in der Beurteilung, welche Folgen dieser Unfall für den Mann gehabt hat. Ein Mann, der bis zu dem Tage des Unfalls trotz der alkoholischen und senilen Veränderungen an den Gefäßwänden schwer gearbeitet hat, der außerdem seine Arbeitswilligkeit auch jetzt zeigt und jede Gelegenheit benutzt hat, zu arbeiten, und als Kranker 3,40 Mk. verdient, bei diesem zeigen sich jetzt deutlich nachweisbare Veränderungen auf nervösem Gebiet, er hat Schmerzen, die durchaus glaubwürdig sein müssen. Der Mann hat, wie alle Gutachter angeben, niemals den Eindruck eines Simulanten gemacht. Hier muß man zu dem Resultat kommen, daß unter dem Einfluß des Traumas sich die Anpassung des Organismus an die allmählich entstandene Degeneration verloren hat und in akuter Weise der Verlauf der allmählichen Umwandlung der Gefäßwände ein beschleunigter geworden ist. Wir haben eigentlich noch hart geurteilt, indem wir dem Verletzten nur eine Einbuße von 50 Proz. seiner früheren Erwerbsfähigkeit zusprachen. Das Reichsversicherungsamt hat noch einmal den Mann der Königl. Klinik in Kiel überwiesen. Und hier hat allerdings Professor

Quincke, weil eine Möglichkeit eines traumatischen Zusammenhangs der jetzigen Beschwerde mit dem Unfalle vorliegt, eine Rente von nur 25 Proz. für ausreichend erachtet. Das Reichsversicherungsamt hat sich dem Gutachten der Berliner Kommission angeschlossen. Wer die erklärliche Neigung vieler Entscheidungsinstanzen kennt, Urteilen der beamteten Ärzte eo ipso größere Bedeutung beizulegen als den Gutachten der Privatärzte, der wird bei dieser Entscheidung der höchsten Instanz mit Genugtuung erkennen, daß von diesem Brauch abgewichen ist zugunsten der Sachlichkeit.

Über Arteriosklerosis und Trauma sind ja verschiedene Besprechungen erschienen. Man hat behauptet, daß Gefäßverkalkungen auch bei jüngeren Leuten entstehen können als Folgen des Unfalls. Das glaube ich nicht in Fällen, wo nicht Syphilis oder Alkoholismus vorliegt; ich glaube nicht, daß bei ganz gesunden Leuten eine solche Veränderung durch Trauma entstehen kann. Aber es ist m. E. nicht selten und wird von den Gutachtern nicht hinlänglich betont, daß bestehende, gewissermaßen physiologische Arteriosklerosis durch Unfall in ihrem Verlaufe und ihrer Wirkung schädigender wird. Dadurch, daß die Arbeiter sich freiwillig eine Organisation geschaffen haben, bei der es dem einzelnen möglich ist, unter Umständen noch ein Obergutachten einzuholen, konnte dieser Mann zu seinem Rechte kommen. Es ist bezeichnend, daß das Reichsversicherungsamt, das sonst sehr sparsam mit Gewährung von Entschädigung für Privaturteile ist, dem Rentenerwerber in diesem Fall zu diesem Zweck 50 Mk. zuerkannt hat und sagte, er hätte vielleicht ohne das ebensoviel bekommen.

Sodann trägt Herr Albu über **„Die sozialmedizinische Bedeutung der Errichtung von Volksheilstätten für Stoffwechselkranke"** vor: Der überraschend umfangreiche Ausbau der diagnostischen Methoden auf dem Gebiete der inneren Medizin in den letzten Jahrzehnten hat es mit sich gebracht, daß innerhalb dieses Gebietes einzelne Wissenszweige zu einer solch kräftigen selbständigen Entwicklung gelangt sind, daß sie geradezu schon als Spezialdisziplinen in die Erscheinung treten. Das gilt insbesondere von der Physiologie und Pathologie der Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselvorgänge. So notwendig es auch ist, immer von neuem zu betonen, daß die souveräne Beurteilung jedweder Frage auf einem Spezialgebiete die Beherrschung der Grundlagen der gesamten inneren Medizin voraussetzt, so läßt sich doch nicht leugnen, daß die Ansammlung von Erfahrungen auf einem enger umschriebenen Felde stets das Wissen vertieft und mehrt. Mit der Gewinnung reicherer Kenntnisse über das Wesen einzelner Krankheiten haben sich auch allenthalben neue Mittel und Wege zu ihrer Bekämpfung ergeben. So wurde Brehmer durch die ausschließliche Beschäftigung mit der Behandlung von Phthisikern zu der Idee der Begründung von Lungenheilstätten geführt, und die im Kampf ums Dasein und im Großstadtleben sich immer mehr häufende Zahl von Neurasthenikern gab die Anregung zur Errichtung von Nervenheilstätten. Die erfolgreiche Wirksamkeit, welche die Anstalten beider Art nun schon seit mehreren Jahrzehnten entfalten, ist so allgemein anerkannt, daß der gesteigerte soziale Sinn der Neuzeit die Wohltat einer derartigen Krankheitsbehandlung auch den Armen und Ärmsten hat zugute kommen lassen. Für die Lungentuberkulösen haben Stadtgemeinden, staatliche Versicherungsanstalten und Krankenkassen im umfangreichsten Maße die Fürsorge der Behandlung in solchen Anstalten übernommen. Es ist ein nicht unbeträchtlicher Teil des Nationalvermögens, welches alljährlich in Deutschland für diese Zwecke aufgewendet wird. Dieses Geld fließt zum großen Teil dem Volkswohlstande wieder

zu, insofern durch die Erfolge der Heilstättenbehandlung Tausende von Kranken für kürzere oder längere Zeit, zuweilen selbst dauernd wieder in den Zustand voller oder teilweiser Erwerbsfähigkeit gesetzt werden. Die Zahl der tuberkulösen Lungenkranken überwiegt weitaus alle anderen und deshalb erscheint die Fürsorge für diese Gruppe von Kranken in erster Reihe notwendig. Aber es darf damit nicht das soziale Interesse für alle anderen Kranken erlöschen oder auch nur in den Hintergrund gedrängt werden. Das ist um so weniger berechtigt, als die chronischen Lungenkrankheiten zu einem großen Teil in bezug auf Heilbarkeit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit weit weniger günstige Chancen bieten als viele andere Krankheiten, welche gleichfalls für kürzere oder längere Zeit die Arbeitsfähigkeit beschränken oder bei ihrer Vernachlässigung auch allmählich vollständig aufheben können. Für die Behandlung der Nervenkrankheiten ist das Prinzip der Heilstättenfürsorge auch schon offiziell zur Anerkennung gelangt. In steigendem Maße übernehmen insbesondere die Landesversicherungsanstalten die Anstaltsbehandlung der Neurastheniker, welche sich als eine außerordentlich dankbare erwiesen hat, insofern als auf diese Weise schnellere und dauerndere Heilerfolge erzielt werden, als es bei ambulanter und medikamentöser Behandlung möglich ist. Indessen scheint mir die Behandlung der Neurasthenie und verwandter Krankheiten in besonderen Nervenheilstätten noch nicht die Ausdehnung erlangt zu haben, welche ihrer Verbreitung einerseits, ihrer Bedeutung für das Erwerbsleben im modernen Kulturstaate andererseits entspricht. Während es zahllose private Anstalten zur Behandlung wohlhabender Nervenkranker gibt, existieren nur wenige für das minderbemittelte Bürgertum und keine einzige m. W. für die Angehörigen der Krankenkassen, Unbemittelte u. dgl. Noch viel ärger liegt es aber zurzeit auf dem Gebiete der Behandlung der Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. Seit zwei Jahrzehnten hat sich gerade in Deutschland die Zahl der privaten Sanatorien für die Behandlung dieser Krankheitszustände außerordentlich vermehrt. Die Mehrzahl derselben ist ständig gefüllt oder überfüllt, und das Bedürfnis schafft hier fortwährend immer wieder neue Gründungen dieser Art. Die Ursache dieser Erscheinung ist in der Erkenntnis zu suchen, daß diese Krankheitszustände so wenig wie Lungen- und Nervenkrankheiten auf medikamentösem Wege zur schnellen, sicheren und dauernden Heilung gebracht werden können. Die moderne diätetisch-physikalische Therapie hat sich erheblich leistungsfähiger, ja überhaupt als die einzige Behandlungsmethode erwiesen, welche als eine physiologisch begründete, als eine rationelle bezeichnet werden kann. Tausendfältige Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, daß diese Therapie den früher üblichen Behandlungsarten an praktischem Wert weitaus überlegen ist. In der Natur der Sache liegt es begründet, daß das neuzeitige Prinzip der physikalisch-diätetischen Behandlung in erster Reihe in der Bekämpfung der Ernährungsstörungen, der Verdauungskrankheiten und der Stoffwechselanomalien am Platze ist. Diese Krankheitszustände sind ihr ureigenste Domäne. Auf diesem Gebiete ist die physikalisch-diätetische Therapie am ältesten und am meisten bewährt. Wenn nun dieser Fortschritt der wissenschaftlichen Heilkunst unausgesetzt Tausenden von wohlhabenden Leuten zugute kommt, so muß es als unsozial erscheinen, eine solche Wohltat nicht auch den wirtschaftlich Schwächeren zugänglich zu machen. Solche Sanatorien für arme Kranke zu errichten, erscheint als eine Pflicht der ausgleichenden Gerechtigkeit, welche die Gemeinschaft der sozial Stärkeren den Armen gegenüber zu üben hat. Doch kann vor der Erfüllung einer solchen Verpflichtung der

Nachweis gefordert werden, daß ein Bedürfnis für solche Heilanstalten vorliegt oder m. a. W., ob staatliche und städtische Behörden, Versicherungsanstalten, Krankenkassen u. dgl. die Interessen ihrer Schutzbefohlenen besser wahrzunehmen imstande sind, wenn sie auch für solche Kranken Spezialheilanstalten errichten. Die Frage, ob denn die Zahl der Kranken dieser Art in der Neuzeit zugenommen habe, muß entschieden bejaht werden. Die Gesundheitsschädigungen, welche das moderne Kulturleben mit sich bringt, treffen auch Verdauung und Ernährung in hohem Maße, und die körperlich arbeitenden Bevölkerungsklassen werden von den Schäden des Berufs- und Erwerbslebens meist in stärkerem Grade getroffen als die wirtschaftlich besser Situierten, weil sie sich weniger Schonung auferlegen und nicht die gleiche zweckmäßige und gute Verpflegung angedeihen lassen können. Die allgemeine Hast, die sich in unserem Wirtschaftsleben nach amerikanischem Muster einzubürgern begonnen hat, beeinträchtigt Ernährung und Verdauung vielfach in schwerster Weise. Die weite Entfernung von der Arbeitsstelle verkürzt die Mittagspause für Arbeiter und Angestellte oft so stark, daß das Essen in großer Schnelligkeit erledigt werden muß; Speisen und Getränke werden heiß genossen, große Bissen werden verschluckt, und mit dem letzten Bissen im Munde wird schon wieder der Weg zur Arbeit angetreten. Die Zwischenmahlzeiten werden im Stehen oder bei der Arbeit hastig eingenommen. Das Abendessen wird vielfach erst in später Abendstunde genommen, so daß Bettruhe und Schlaf oft noch bei vollem Magen eintreten. Besonders dürftig scheint mir vielfach die Ernährung der großstädtischen jugendlichen Fabrikarbeiterinnen zu sein, die, während ihrer Mittagspause auf der Straße sich herumtummelnd, nur ein Butterbrot oder gar nur frisch vom Wagen gekauftes Obst für 5 oder 10 Pfg. als Mittagsmahlzeit genießen, abends aber dann nur selten eine größere warme Kost zu erhalten Gelegenheit haben. Verteilung von Arbeit und Ruhe während des Tages und die Einrichtung der Mahlzeiten erscheinen bei uns in Deutschland viel weniger zweckmäßig als in anderen Ländern, insbesondere in England. Bei der immer mehr um sich greifenden Sitte zu abendlichen Kneipereien und Vergnügungen aller Art kommt der Arbeiter oft nicht völlig ausgeruht am nächsten Morgen wieder an seine Werkstätte. Ein großer Teil der arbeitenden Bevölkerungsklassen, insbesondere auch der in gewerblichen Betrieben tätigen männlichen und weiblichen Angestellten leidet dauernd an körperlicher Übermüdung, welche nicht nur das Nervensystem schwächt, sondern auch die Ernährungs- und Verdauungsvorgänge direkt und indirekt beeinträchtigt. Die weiten Wege zur Arbeitsstelle, das stundenlange ununterbrochene Stehen in manchen Berufen, andererseits das stundenlange Sitzen schaffen eine Reihe von organischen Veränderungen und nervösen Störungen der Verdauungsorgane, welche mit der Länge ihrer Dauer oft auch die Ernährungsverhältnisse des Körpers schädigen. Ich erinnere hier an die in der Neuzeit immer häufiger zur Beobachtung kommenden Senkungen der Unterleibsorgane, speziell des Magens, des Darms und der Nieren (die sog. Visceralptose oder Glénard'sche Krankheit), welche bei Stadt- und Landbevölkerung eine der häufigsten Erkrankungen der Verdauungsorgane geworden ist. Diese Organsenkungen sind die Folge einer allgemeinen Gewebserschlaffung des Körpers, welche in den locker aufgehängten Unterleibsorganen am ehesten und stärksten zum Ausdruck zu kommen pflegt. Dadurch wird eine mannigfaltige Fülle von Beschwerden ausgelöst, welche solche Kranken oft für Monate und zuweilen sogar dauernd erwerbsunfähig machen, weil mit der allgemeinen Gewebserschlaffung meist ein chronischer Unterernährungszustand einhergeht, welcher zu Körper-

gewichtsabnahmen von 10—20 Pfund und mehr in wenigen Monaten oder Jahren führt. Wer solche Kranken viel zu sehen Gelegenheit hat, gewinnt den Eindruck, daß sie oft geradezu Arbeitsfähigkeit simulieren, weil sie im Kampfe ums Dasein auf den Erwerb ihrer Händearbeit angewiesen sind. Vielfach werden solche Kranken wegen der begleitenden nervösen Symptome als Nervenkranke angesehen und behandelt, aber jeder erfahrene Arzt wird bestätigen, daß die Heilung dieser Leiden fast stets nur durch diätetische Kuren in Verbindung mit physikalischen Behandlungsmethoden u. dgl. zu erreichen ist. Neben den eben erwähnten Krankheitszuständen führen auch noch andere Momente zu einer Schwächung der Unterleibsorgane, speziell des Magens und Darms, welche in ungenügender Tätigkeit dieser Organe zutage tritt. Es sei nur an die häufige Unterdrückung der natürlichen Bedürfnisse des Körpers erinnert, welche nach der Lage der Arbeit oft gar nicht zu verhüten ist. Dadurch wird die Entwicklung einer chronischen Darmschwäche in hohem Grade begünstigt. Das stundenlange Stehen bei schwerer körperlicher Arbeit, wie es in manchen Berufen erforderlich ist, schafft u. a. auch einen Krankheitszustand, welcher oft Verdauungsbeschwerden erheblichster Art jahrelang auslöst: das sind die sog. Brüche der vorderen Bauchwand, namentlich in der Mittellinie derselben (Hernia epigastrica), welche man nur bei körperlich schwer arbeitenden Männern anzutreffen pflegt. Als weiteres schädliches Moment kommt die oft unzureichende und fast immer sehr einseitige Ernährung in den ärmeren Klassen der Bevölkerung hinzu, welche aus der allgemeinen wirtschaftlichen Lage einerseits, der Teuerung auf dem Nahrungsmittelmarkte andererseits sich ergibt. Vor allem herrscht immer ein Mangel an frischer tierischer Nahrung (Fleisch, Fische, Eier, Milch, Butter u. dgl.). Auch in Zeiten, wo keine Fleischnot herrscht, sind ja die Fleischpreise für eine größere Arbeiterfamilie meist so hoch, daß die armen Leute höchstens am Sonntag, nicht ein Huhn, aber wohl einmal ein Stückchen von Rind oder Kalb in ihrem Topfe haben. Die Ärmsten der Armen befriedigen bekanntlich ihr Hungergefühl mit Kartoffeln, allenfalls mit Brot, und mancher Proletarier betäubt seinen Hunger durch Schnaps. Auch die bei armen Leuten oft recht mangelhafte Art der Zubereitung der Speisen und der Anrichtung des Essens beeinträchtigt die Verdaulichkeit derselben und ihre Ausnutzung im Körper nicht unwesentlich. Es sei nur daran erinnert, wie wenig appetit- und verdauunganregend die in Arbeiterkreisen vielfach übliche Mischung der ganzen Mittagsmahlzeit auf einem Teller ist. Bekömmlichkeit und Ausnutzung des Nährstoffgehalts der Nahrung ist von der Art ihrer Zubereitung und Darreichung sehr wesentlich abhängig.

Schädlicher aber als diese kleinen unhygienischen und undiätetischen Gewohnheiten, die ja oft auch nur eine Folge von Mangel und Not sind, wirkt immer das Fehlen eines ordentlichen Gebisses, dessen Verlust für den Armen eben deshalb schwieriger ins Gewicht fällt, weil er ihn nicht zu ersetzen vermag. Unter den Ursachen chronischer Magenkrankheiten ist der Mangel an Zähnen seit langer Zeit wissenschaftlich anerkannt. Eine ordentliche Magenverdauung hat eine gehörige Mundverdauung zur unerläßlichen Vorbedingung, und deshalb hat die Behandlung jeder Magenkrankheit eigentlich im Munde anzufangen. Die Gewährung eines künstlichen Gebisses an einen Menschen, der an Verdauungs- oder Ernährungsstörungen leidet, ist deshalb als eine soziale Verpflichtung anzusehen, der sich ja auch die Landesversicherungsanstalten und neuerdings auch die Armenverwaltungen nicht mehr entziehen. Aber in dem notwendigen Umfange

wird diese materielle Unterstützung den Kranken noch immer nicht gewährt. Soviel über die gewerblichen und beruflichen, sowie aus sozialen Verhältnissen und Mißständen hervorgehenden Ursachen der Verdauungs- und Ernährungsstörungen, soweit sie überhaupt einer Ermittlung zugänglich sind. Einen Beweis für ihre soziale Bedeutung liefert die Häufigkeit dieser Krankheitszustände. Aus den letzten Jahresberichten des städtischen Krankenhauses Moabit, sowie fast aller größeren Krankenkassen Berlins (Ortskrankenkassen der Kaufleute, gewerblichen Arbeiter, Buchdrucker, Gastwirte, Bierbrauer, Schneider u. a.) habe ich festgestellt, daß die Zahl der Verdauungskranken allenthalben etwa 12—15 Proz. aller erwerbsunfähigen Kranken ausmacht, bei Frauen meist noch um einige Prozent mehr. Nimmt man aber dazu noch, wie notwendig, auch die Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, welche in den Statistiken unter den verschiedensten Rubriken aufgezählt zu werden pflegen, so erhöht sich die Zahl der in Betracht kommenden Kranken bis auf 20 Proz. und darüber. Es ist dabei noch zu berücksichtigen, daß die Statistik dieser Krankheiten bisher noch nicht mit der gleichen Genauigkeit aufgenommen wird wie bei Lungenerkrankungen. Fast in allen Statistiken rangieren nach den Lungenkrankheiten die Verdauungs- und Ernährungsstörungen ihrer Häufigkeit nach an zweiter Stelle. Nur zuweilen überwiegen die Infektionskrankheiten, wobei freilich dann oft auch Brechdurchfall, Typhus, Dyssenterie u. dgl. mitgezählt werden, oder auch die Muskel- und Gelenkerkrankungen unter Einrechnung der Gicht u. dgl. Die Landesversicherungsanstalt Berlin hat in ihrer Heilstätte Beelitz im letzten Berichtsjahre 1904 unter 1346 männlichen Kranken 52 Proz. Nervenkranke und 16 Proz. Magen- und Ernährungskranke verpflegt; bei den Frauen schwankt die Beteiligung dieser Kranken zwischen 11 und 50 Proz. Unter den Hauptursachen der Invalidität, die von der genannten Versicherungsanstalt im gleichen Berichtsjahre zuerkannt wurde, sind Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen bei Männern zu nicht ganz 5 Proz., bei Frauen zu 7,5 Proz. angegeben. Diese auffällig geringen Zahlen erklären sich wohl dadurch, daß jene Krankheitszustände bisher eben noch nicht im vollen Umfange als Invaliditätsursachen anerkannt werden. Wie schwer oft die Heilung solcher Zustände zu erreichen ist, das beweist am überzeugendsten der Erfolg, welchen die Landesversicherungsanstalt Berlin in ihrem Sanatorium Beelitz bei solchen Kranken erreicht hat: er beträgt nur 48 Proz. bei den Krankheiten des Verdauungsapparates und 68 Proz. bei den Störungen der Entwicklung. Dieser Prozentsatz muß sich, da bösartige Erkrankungen bei der Aufnahme von vornherein ja ausgeschlossen sind, unbedingt erheblich erhöhen lassen bei einer umfassenderen Gestaltung der physikalisch-diätetischen Therapie, wie sie die Behandlung dieser Krankheitszustände dringend erheischt. Es sind also die mit der Entwicklung des modernen Kulturlebens unvermeidlich verbundenen sozialen Schäden in Berufs- und Erwerbstätigkeit, welche die Zahl der krankhaften Störungen der Ernährung und Verdauung vermehrt haben und sie in den wirtschaftlich schwächeren Schichten der Bevölkerung außerordentlich stark fühlbar machen. Mit der Erkenntnis der Ursachen ergibt sich auch hier gleichzeitig der Weg zu ihrer Bekämpfung. Was dem Reichen recht ist, muß für die Armen billig sein, d. h. diejenigen Behandlungsmethoden, welche sich für derartige Leiden am wirksamsten erwiesen haben, müssen ungeachtet ihrer Umständlichkeit und Kostspieligkeit auch den Unbemittelten zugänglich gemacht werden. Wenn es nun schon den Wohlhabenden selten möglich ist, in ihrer Häuslichkeit eine physikalisch-diätetische Behandlung durchzuführen, so er-

scheint dies für Kassenkranke und die Angehörigen der niederen Berufsstände überhaupt von vornherein ausgeschlossen. Schon die Ausführung von Magenausspülungen, Darmeingießungen, Bädern und ähnlichen Heilprozeduren stößt in der Kassenpraxis fast immer auf große Schwierigkeiten. Noch schlimmer ist's aber um die zweckmäßige Ernährung der Kranken bestellt. Dazu gehört vor allem schon ein Milieu, welches sich in den Wohnungen der ärmeren Bevölkerung niemals findet. Wo es an einem abgesonderten Speiseraume fehlt, oder gar an einem außerordentlich gedeckten Tische, da kann Verdauungskranken die Kost niemals so munden, wie es für sie besonders wünschenswert ist. Es kommt hinzu, daß Hausfrauen und Mädchen der niederen Stände schon im allgemeinen die Kochkunst viel zu wenig beherrschen, und vollends den Anforderungen der Krankenküche wohl nur in den seltensten Fällen Rechnung zu tragen imstande sein werden. Schließlich erfordert eine diätetische Behandlung meist auch einen größeren Aufwand von Geldmitteln, als sie solchen Kranken zur Verfügung stehen. Wer Erfahrung auf diesem Gebiete hat, weiß, daß sich die diätetischen Kuren bei Kassenkranken u. dgl. überhaupt nicht durchführen lassen, z. B. eine systematische Mastkur. Und unsere Krankenhäuser versagen in dieser Hinsicht auch fast vollkommen! Schon die Größe der Krankenhäuser in den Städten wenigstens erfordert eine so schematische Festsetzung einiger weniger Kostformen, daß einzelnen Kranken die für sie zweckmäßige Diät gar nicht gewährt werden kann. Es erscheint durchaus begreiflich, daß der Betrieb in einer Krankenküche für 200, 500 oder mehr Kranke auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen müßte, wenn darin mehr als die üblichen 3 oder 4 Kostformen zur Verabreichung gelangen sollten. Die Mehrzahl der Verdauungs-, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen erfordert aber nach Quantität und Qualität eine viel weitgehendere Individualisierung der Kost, als sie je in einem allgemeinen Hospitale möglich ist. Die diätetische Behandlung von Zuckerkranken und Fettleibigen, von Kranken mit Magenerschlaffung und Magenerweiterung, chronischer Stuhlverstopfung, Darmkatarrhen u. dgl. wird gegenwärtig in den großen Krankenhäusern recht stiefmütterlich durchgeführt, weil es eben an Zeit und Raum für derartig spezielle Aufgaben der Therapie mangelt. Auch die Anwendung von Ruhe- und Liegekuren, wie sie bei Ernährungs- und Verdauungsstörungen sich so oft als zweckmäßig bzw. notwendig erweisen, läßt sich in einem großen Krankensaale, in dem die verschiedensten Kranken nebeneinanderliegen, nicht mit dem wünschenswerten Erfolge durchführen. Schon die Intensität des Betriebes auf einer solchen Krankenabteilung wirkt störend. Auch Massage, Elektrizität, Wasserbehandlung u. dgl. können nicht in dem Umfange zur Verwendung gelangen, welcher oft zweckmäßig erscheint. All dieser Vorteile der modernen wissenschaftlichen Therapie werden aber auch die Ärmeren teilhaftig werden können, wenn man bei der weiteren Verwirklichung des Gedankens eines Ausbaues von Spezialkrankenhäusern, der leider bisher nur sehr langsam vorwärts kommt, auch an die Errichtung von Sonderheilstätten für die Krankheiten der Verdauung, der Ernährung und des Stoffwechsels denken wird. Die allgemeinen Krankenanstalten würden dadurch erheblich entlastet und hauptsächlich für solche Kranken vorbehalten bleiben, bei denen es eben weniger oder gar nicht auf die Anwendung spezieller, insbesondere diätetischer Heilmethoden ankommt. Das Material zur Füllung solcher „Magenheilstätten“ würde also sicherlich in großer Menge zuströmen. All die Kranken, welche jetzt des Vorteils und des Segens einer sorgfältigen Verpflegung in der Häuslichkeit entbehren müssen, würden dort einen geeigneten

Platz zu ihrer Behandlung finden, an dem sie schneller genesen und eine dauerndere Aufbesserung ihrer Erwerbsfähigkeit zu erwarten hätten. Die gründlichere Hebung des Ernährungszustandes bei Leuten mit Visceralptose und ähnlichen Verdauungserkrankungen, bei chronischen Schwächezuständen infolge andauernd unzureichender Ernährung u. dgl., wird ihnen vielfach einen Grad von Erwerbsfähigkeit verschaffen, welchen sie vorher nie besessen haben! Die bei Verdauungskrankheiten in der Kassenpraxis so häufigen Rückfälle, welche durch das Fortbestehen des Grundleidens bedingt sind, werden sicherer verhütet werden können, wenn eine gründliche systematische Behandlungskur durchgeführt werden kann. So liefert z. B. die Behandlung des Magengeschwürs gegenwärtig hauptsächlich deswegen so ungünstige Dauerresultate, weil die Kranken weder lange noch energisch genug das notwendige diätetische Regimen durchzuführen in der Lage sind. Wenn wir in der in letzter Zeit so heiß angestrebten Prophylaxe des Carcinoms überhaupt etwas leisten wollen, so kann es nur dadurch geschehen, daß wir die als Vorkrankheiten des Carcinoms bekannten Affektionen einer möglichst gründlichen und dauernden Beseitigung entgegenzuführen suchen. Für das Magencarcinom z. B. gipfelt diese Aufgabe in der radikalen Ausheilung von Geschwüren und schweren chronischen Katarrhen der Schleimhaut. Solche chronischen Krankheitszustände wie Atonie und Ectasie des Magens, welche beim Mangel zweckmäßiger Ernährung im Laufe der Jahre immer stärkere Beschwerden zu machen pflegen und die Erwerbsfähigkeit in immer stärkerem Grade beeinträchtigen, können eine dauernde Besserung und Heilung nur erfahren durch eine strenge Regelung der gesamten Lebensweise, insbesondere der Ernährung. Sie wird von allen Kranken, namentlich aber den Angehörigen der weniger gebildeten Bevölkerungsschichten in einer speziell darauf eingerichteten Heilanstalt weit besser erlernt werden, als es je mündliche oder schriftliche Vorschriften eines Arztes erreichen können. Wie die Lungenheilstätten für die armen Tuberkulösen vorbildlich für die Wohnungshygiene wirken sollen, so darf man das Gleiche, vielleicht sogar noch in leichter erreichbarem Maße, für die Ernährung durch solche Sonderheilanstalten erwarten. Naturgemäß wird aber auch hier allgemeine Hebung der Bildung und des Wohlstandes notwendig sein, um die Nachahmung solcher Vorbilder in den beschränkten häuslichen Verhältnissen der Proletarierbevölkerung zu erreichen. Wenn in der ersten Erörterung des Planes zur Errichtung von Magenheilstätten in der Presse (Vossische Zeitung vom 26. Mai 1906) auf die wertvollen Dienste hingewiesen worden ist, welche die in den letzten Jahrzehnten in mehreren deutschen Großstädten errichteten öffentlichen Krankenküchen für die bessere Verpflegung der in Rede stehenden Kranken leisten könnten, so ist dazu zunächst zu bemerken, daß die Organisation dieser Krankenküchen fast durchgängig eine derartige ist, daß sie für die Krankenkassenmitglieder und die Angehörigen der ärmeren Bevölkerungsklassen kaum verwertet werden können. Selbst die billigste Mittagsmahlzeit für 75 Pf. überschreitet zumeist noch den Etat, welchen ein Arbeiter oder ein Angestellter, selbst ein unverheirateter, dafür herzugeben imstande ist. Aber auch das an sich höchst lobenswerte Prinzip der Krankenküche, eine gute und schmackhafte Krankenkost möglichst billig zu verabreichen, ist unzureichend für die Mehrzahl der Kranken, um die es sich hier handelt. In der Großstadt ist der Weg zur Krankenküche viel zu weit und die Mittagsruhe, die den Kranken dort geboten wird, viel zu kurz, um eine diätetische Kur in wünschenswertem Rahmen überhaupt zur Ausführung bringen zu können, und selbst wenn die Leiter der Krankenküchen sich

in einzelnen Fällen bereit erklären, das bestellte Essen in die Häuslichkeit der Kranken zu bringen, so bleibt das immer noch ein dürftiger Notbehelf im Vergleich zu den zahlreichen Vorteilen, welche eine geordnete Anstaltsbehandlung bietet. Sobald man also das Bedürfnis nach einer systematischen diätetischen Behandlung auch für die unbemittelten Kranken überhaupt anerkennt, dann ergibt sich auch die Forderung der Errichtung von Spezialheilanstalten für diesen Zweck als eine unausbleibliche Folge. Denn die etwaige Errichtung von Krankenküchen oder die Ausnützung derselben für Kassenkranke wäre doch nur halbe Arbeit, die nicht entsprechenden und ausreichenden Gewinn bringen würde. Für solche Magenheilstätten für Unbemittelte gibt es bisher nur einige wenige unbedeutende Vorbilder in einigen deutschen Kurorten, wo sie von privaten Vereinigungen im Interesse ihrer Mitglieder und Angehörigen ins Leben gerufen worden sind. Zumeist erweist sich der Umfang dieser Anstalten als viel zu klein und ihr Betriebskapital viel zu gering, um einer größeren Zahl von Kranken diese Wohltat zuteil werden lassen zu können. Eine Verpflichtung zur Errichtung solcher Heilstätten erwächst m. E. in erster Reihe den Kommunen und den staatlichen Versicherungsanstalten. Wenn die letzteren die Gründung und den Betrieb solcher Anstalten vom Standpunkte der Rentabilität betrachten und berechnen wollen, so wird m. E. der Erfolg wahrscheinlich schon in wenigen Jahren lehren, daß in solchen Heilstätten das Anlagekapital sich weit besser rentiert als in Lungenheilstätten, eben weil, wie oben schon angedeutet worden ist, bei den Störungen der Verdauung, Ernährung und des Stoffwechsels die Besserung meist nicht nur viel schneller eintritt, sondern weil sie auch die Aussicht auf Heilung bzw. dauernde Erwerbsfähigkeit in weit größerem Umfange bieten als die Lungentuberkulose. Die öffentlichen Krankenküchen soll man den Magenheilstätten in dem Sinne etwa angliedern, wie die Fürsorgestellen den Lungenheilanstalten. Den Krankenküchen könnte man die aus den Heilstätten Entlassenen und sonstigen Rekonvaleszenten und die Leichtkranken überweisen. In welcher Weise sich eine solche feste Beziehung zwischen Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten einerseits, den Krankenküchen andererseits sich organisieren ließe, bleibt späteren Erwägungen überlassen. Ich möchte glauben, daß sich für die Vereinigung mehrerer großer Krankenkassen selbst die Errichtung eigener Krankenküchen wohl rentieren würde. Die Gewährung zweckmäßiger Krankenkost dürfte als ein Heilmittel im gesetzlichen Sinne wohl nicht bestritten werden können.

Zeitschriftenübersicht.

Medizinische Reform. 1906. Nr. 26: Albu, Die sozialhygienische Bedeutung der Errichtung von Magenheilstätten. — Nr. 27: L. Feilchenfeld, Über den Unterschied zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung. — Nr. 28: A. Lasson, Die Kapitalienanlage der Deutschen Invalidenversicherung. — Nr. 29: V. Löwenthal, Die chronisch und rückfällig Kranken. — Nr. 30: M. Bloch, Die prozentuale Abschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Unfallverletzten. — Nr. 31: R. Lennhoff, Die persönlichen und die Wohnungsverhältnisse der städtischen Arbeiterschaft in Magdeburg; D. Munter, Die königliche Eisenbahndirektion Berlin und die freie Arztwahl. – Nr. 32: S. Rosenfeld, Zur Gesundheitsstatistik der Berufe; M. Neißer, Hygiene und Statistik. — Nr. 33: G. Körting, Noch einmal die prozentuale Abschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Unfallverletzten; S. Rosenfeld, Fortsetzung aus Nr. 32. — Nr. 36: M. Cohn, Hygienische Mißstände im Nahrungsmittelverkehr. — Nr. 37: R. Lennhoff, Die Bedeutung der Kollektivversicherung für nichtversicherungspflichtige Berufsgruppen des Mittelstandes. — Nr. 38: W. Weinberg, Schularzt und Schulhygiene in Stuttgart. — Nr. 43: A. Baginsky, Die Impressionabilität des Kindes unter dem Einfluß des Milieus. — Nr. 44: Th. Sommerfeld, Verbot der Verwendung des weißen Phosphors in der Zündholzindustrie.

Medizinische Klinik. 1906. Nr. 21: E. Bloch, Einiges über die Simulation bei der traumatischen Neurose; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 20; W. Esch, Dilettanten und Stümper in der Heilkunde. — Nr. 22: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 21; Th. Benda, Hygienelehrtafeln für Schüler; H. Häberlin, Die neue Standesordnung der „Gesellschaft der Ärzte in Zürich"; E. Bloch, Fortsetzung und Schluß aus Nr. 21. — Nr. 23: J. Samosch, Zur Frage der geistigen Überbürdung der Kinder; Guglieminetti, Die vierjährigen Erfolge der Straßenteerung gegen die Staubentwicklung; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 22. — Nr. 24: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 23. — Nr. 25: H. Häberlin, Staatsarzt oder Privatarzt-System? — Nr. 26: R. Behla, Die geographisch-statistische Forschungsmethode vom ätiologischen und seuchenbekämpfenden Standpunkt; H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 25. — Nr. 27: Th. Witry, Behördliche Anordnungen bei Epidemien in der alten Zeit; H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 26. — Nr. 28: H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 27. — Nr. 29: K. H. Gerwin, Wie kommt Degeneration zustande?; R. Bing, Die heredofamiliären Degenerationen des Nervensystems, in erblichkeitstheoretischer, allgemein pathologischer und rassenbiologischer Beziehung; H. Häberlin, Fortsetzung aus Nr. 28. — Nr. 31: W. Kühn, Ethisch-soziale Betrachtungen über die Rezepte in England und Deutschland. – Nr. 33: E. Aron, Ländliche Hauspflege für Lungenkranke. — Nr. 34: W. G. Esch, Beiträge zu einer biologischen Heillehre. – Nr. 35: W. Weinberg, Die Gefahr der tuberkulösen Infektion durch Ehegatten; W. Knust, Über Wohlfahrtsstellen für Alkoholkranke. — Nr. 37: F. Kirchberg, Über das ärztliche Berufsgeheimnis. — Nr. 38: Th. Benda, Zur Hygiene des Hotelwesens; E. Kürz, Soziale Hygiene. — Nr. 41: Th. Witry, Die erstmalige Entfernung der Ketten der Irren in der französischen Irrenanstalt Bicêtre; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 40.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 1906. Nr. 4: J. Dräseke, Gehirngewicht und Intelligenz; H. Fehlinger, Die natürliche Bevölkerungszunahme in den Vereinigten Staaten; W. Claaßen, Die Frage der Entartung der Volksmassen auf Grund der verschiedenen, durch die Statistik dargebotenen Maßstäbe der Vitalität, I. Teil; R. Thurnwald, Historisch-soziale Gesetze. — Nr. 5: S. Meyer, Gedächtnis und Vererbung; W. Claaßen, Fortsetzung aus Nr. 4; J. Grober, Ein praktischer Versuch in der Rassenhygiene.

Politisch-Anthropologische Revue. 1906. Nr. 4: G. de Lapouge, Die Entartung in den höheren und niederen Ständen; Chr. v. Ehrenfels, Das Mütterheim. — Nr. 5: L. Woltmann, Anhänger und Gegner der Rassetheorie; K. Schmidh, Die Mutterschaftsversicherung als Grundlage einer mutterrechtlich-polygamischen Sexualordnung. — Nr. 6: H. Pudor, Geschlechtsleben und Nachkommenschaft; F. H. Krolle, Strafrechtsreform und Homosexualität. — Nr. 7: L. Woltmann, Über die Beziehungen von Gehirn und Kultur. — Nr. 8: J. Häny-Lux, Die Körpergröße der Menschen im Laufe der Zeiten; A. Reibmayr, Die biologischen Gefahren der Frauenemanzipation.

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. 1906. Nr. 24: 13. Jahresversammlung des Zentralverbandes der Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche. — Nr. 29: Ärztliche Stellungnahme zur Düsseldorfer Resolution. — Nr. 30: Die Beschränkung der Krankenkassen auf reine Geldleistungen. — Nr. 31: Wilhelmi, Über Aufgaben und Grenzen ärztlicher Wissenschaft und Kunst.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. 1906. Nr. 12: Kormann, Welche Einrichtungen kann der Verein für Wohlfahrtspflege auf dem Lande zur Fürsorge für Verunglückte und Kranke treffen? — Nr. 15: H. Bach, Unfallmeldewesen auf dem Lande. — Nr. 20: L. Sofer, Das Rettungswesen in Wien. — Nr. 21: F. Kotter, Über Transportwesen.

Die Arbeiterversorgung. 1906. Nr. 18: F. Lutz, Die Krankenversicherung der eingezogenen Reservisten und Landwehrleute; Fuld, Bereicherungsanspruch im Verhältnis von Krankenkassen. — Nr. 19: O. Neve, Die amtliche Denkschrift betreffend die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit. — Nr. 21: F. Kleeis, Erweiterung der Tätigkeit der Krankenkassen; H. Unfried, Haftbarkeit des Arbeitgebers bei Vernachlässigung der Unfallanzeigepflicht gemäß § 63 GUVG. — Nr. 22: F. Kleeis, Die Aufnahme von Lohnstatistiken durch die Krankenkassen; Gemeindeschwestern im Dienste der Krankenkassen. — Nr. 23: M. Wörmbke, Zum § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes; W. Münzinger, Nochmals die Handhabung des § 34 IVG. und das Einzugsverfahren. — Nr. 24: Empfiehlt sich die Wiedereinführung des Staatskommissars?; P. Köppen, Zur Auslegung des § 25 GUVG. — Nr. 25: H. Unger, Alters- und Invalidenrente; W. König, § 78a und die Dauer des Krankengeldbezuges. — Nr. 26: Schellong, Ist die Ersatzberechtigung der Armenverbände aus der Unfallrente von dem ursächlichen Zusammenhang ihrer Unterstützung mit dem Unfall abhängig, der zur Bewilligung der Unfallrente geführt hat?; E. Dragenscheck, § 53 und 61 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. — Nr. 29: Hahn, Berechnung der Dauer der Krankenunterstützung. — Nr. 30: O. Braun, Das Recht der Krankenkasse aus § 64 GUVG.; R. Weck, Der Königsberger Ärztekonflikt.

Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 14: Silbergleit, Krankenkassen und Arbeiterstatistik; E. Wendlandt, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die Krankenkassen. — Nr. 15: E. Wendlandt, Der Bericht der geschäftsführenden Kasse für die 13. Jahres-

versammlung des Zentralverbandes von OKK. zu Düsseldorf; F. Stockinger, Die Ruhegehalts- und Hinterbliebenenfürsorge in Baden. — Nr. 16: G. Hoch, Rechte und Pflichten der Selbstverwaltung gegenüber den Krankenkassenbeamten; B. Hilse, Inanspruchnahme der Berufsgenossenschaft durch die Krankenkasse infolge verzögerter Erklärung wegen Übernahme des Heilverfahrens für Betriebsverletzte. — Nr. 17: E. Wendlandt, Der Abschluß des Tarifvertrages zwischen den Ortskrankenkassen-Vorständen und den organisierten Krankenkassenangestellten. — Nr. 20: E. Funke, Das Verhältnis der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung zur Unfallversicherung. Vorschläge zur Vereinfachung; Fuld, Das konkurrierende Verschulden der Versicherten in der Krankenversicherung. — Nr. 21: B. Hilse, Anspruch des Empfängers einer Unfallrente auf Fortdauer der Mitgliedschaft trotz nicht geleisteter Krankenkassenbeiträge; E. Funke, Fortsetzung aus Nr. 20.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 9: A. Roth, Der Gesetzentwurf für die Hilfskassen; A. Saucke, Die Rentenberechnung nach § 10 Abs. 5 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes; Seelmann, Die Invalidenversicherung in Luxemburg. — Nr. 10: F. Kleeis, Die Krankenversicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter; H. Potthoff, Die Sicherung des Rentenanspruchs bei Versäumnis des Klebens durch den Arbeitgeber; Sayffaerth, Die Vereinheitlichung und Ausbau der deutschen Arbeiterversicherung. — Nr. 11: P. Köppen, Gehört die „Beseitigung der Unfallversicherung“ zu den dringlichsten Aufgaben der Weiterbildung der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung?; Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs durch Krankenkassen; Grüllich, Die freie Arztwahl auf dem Lande; Sayffaerth, Fortsetzung aus Nr. 10. — Nr. 12: P. Köppen, Fortsetzung aus Nr. 11; v. Frankenberg, Die Umgestaltung des Hilfskassenwesens; Seelmann, Zum Begriff „Invalidität“; Sayffaerth, Fortsetzung aus Nr. 11; Seelmann, Der Mayet'sche Reformplan. — Nr. 14: P. Brunn, Die Hausgewerbetreibenden und die Versicherung gegen Invalidität und Alter; Appelius, Fortsetzung aus Nr. 13. — Nr. 15: Appelius, Fortsetzung aus Nr. 14; J. Heiden, Das Wiederaufnahmeverfahren in Rentenprozessen; M. Epstein, Fortsetzung aus Nr. 14. — Nr. 16: Appelius, Schluß aus Nr. 15; Seelmann, Die Lehre vom Erhalten und Erlöschen der Anwartschaft (II.); F. Kleeis, Die Vereinigung von Ortskrankenkassen. — Nr. 17: Seelmann, Fortsetzung aus Nr. 16; O. Magen, Ärztetag und Arbeiterversicherungsreform. — Nr. 18: Güldenberg, Zur Vereinigung der Ortskrankenkassen; W. Pieper, Ein Vorschlag zur Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft. — Nr. 19: H. Unger, Die Knappschaftsnovelle; L. Feilchenfeld, Die öffentliche Unfallversicherung auf dem IV. internationalen Kongreß für Versicherungsmedizin; M. Wagner, Zur Frage der Arbeitslosenversicherung.

Kommunale Praxis. 1906. Nr. 27: F. Kleeis, Die Errichtung und Verwaltung öffentlicher Heilanstalten durch die Gemeinden; E. Nitzsche, Die Pensionsberechtigung der Gemeindebeamten in Sachsen. — Nr. 28: F. Workmann, Zur Hygiene des Badens. — Nr. 30: G. Michels, Kommunale Brotbereitung. — Nr. 31: F. Kleeis, Die Festsetzung der „ortsüblichen Tagelöhne“ und die Gemeinden. — Nr. 33: Lokalverkehr und Wohnungsfrage; Milchversorgung und Milchkontrolle. — Nr. 37: F. Kleeis, Die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht durch die Gemeinden. — Nr. 41: C. Eberle, Städtische Arbeiterfürsorge. — Nr. 43: W. Kolb, Die Milchversorgung der Stadt Karlsruhe.

Soziale Kultur. 1906. Nr. 7: Grunenberg, Arbeiterfrau und Arbeiter-

wohnung. — Nr. 8: G. Neuhaus, Das Studium der Statistik in Deutschland. — Nr. 9: G. Neuhaus, Die amtliche Statistik in Deutschland; A. Baur, Die Entwicklungsgeschichte der Schulgesundheitspflege. — Nr. 10: O. Schwartz, Der biologische Unterricht und die Selbsthilfe bei Krankheiten; B. Schilling, Erste Schritte zur Förderung des Wohnungswesens und der Wohnungspflege; J. Weydmann, Zur deutschen Armenrechtsreform.

Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1906. Nr. 4: Rotering, Das Landstreichertum der Gegenwart; Polligkeit, Die Bedeutung der Berufsvormundschaft im Kampfe gegen Verwahrlosung und Verbrechen. — Nr. 5/6: Kraepelin, Das Verbrechen als soziale Krankheit. — Nr. 7: Simons, Die neuen niederländischen Gesetze betr. verwahrloste und verbrecherische Kinder; Kurella, Die soziologische Forschung und Cesare Lombroso.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1906. Nr. 2: A. Tenholt, Über die Anchylostomiasis; P. Hesse, Über die Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke; A. Eckert, Das Wöchnerinnenasyl „Luisenheim" in Mannheim; J. Grassl, Die gegenwärtige Tuberkulosenmortalität in Bayern; O. Gerland, Noch einmal der preußische Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse; E. Kempf, Die Reform des Apothekenwesens; Th. Weyl, Über Müllentladestellen in Wohnquartieren; O. Schwartz, Die freie Ärztewahl vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege; L. Ascher, Der Kohlenrauch, seine Schädlichkeit und seine Abwehr; Gemünd, Hygienische Betrachtungen über offene und geschlossene Bauweise, über Kleinhaus und Mietskaserne. — Nr. 3: Gemünd, Schluß aus Nr. 2; M. Pistor, Zur Medizinalreform in Preußen; K. Kolb, Einfluß der Rasse und Häufigkeit des Krebses nach dessen Verbreitung im Kanton Bern; Solbrig, Das öffentliche Badewesen im Reg.-Bez. Arnsberg; H. Chr. Nußbaum, Die Wassergewinnung durch Talsperren; Anklam, Die Wasserversorgung Berlins bisher und in Zukunft.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

Barthelmes, Grundsätze der Militärgesundheitspflege für den Truppenoffizier. Berlin 1907. E. S. Mittler u. Sohn. Mk. 2,50. — L. Berthenson, Über russische Buddhisten und die sog. tibetanische Medizin. Sonderabdr. aus Petersb. med. Wochenschr., Nr. 24, 1906. — A. Newsholme, A Manual of Personal and Public Health. Revised Edition. London 1906. Gill and Sons. — B. Weil, Die Wohnungsverhältnisse der Stadt Metz. Straßburg i. E. u. Leipzig 1906. J. Singer. — Denkschrift zur ersten Wohnungsenquete der Ortskrankenkassen in Breslau, bearbeitet von A. Bergmann. Breslau 190‘. — Statistische Mededeelingen uitgegeven door het Bureau van Statistiek der Gemeente Amsterdam. No. 15. Armenzorg te Amsterdam 1904 en 1905. No. 16. Statistiek der Bevolkning van Amsterdam en eenige voorname steden der wereld in de jaren 1899—1905. Amsterdam 1906. J. Müller. — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin" nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel", der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 15. Februar 1907.

In einer der ältesten Universitätsstädte Deutschlands, in Greifswald, hat ein Schwurgericht einen Epileptiker zum Tode verurteilt wegen Morde, die der Patient nach dem Gutachten der Königl. Preuß. wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen und zahlreicher Irrenärzte von Ruf im epileptischen Dämmerzustande vollbracht hat. In einer für den sozial empfindenden Arzt erschreckenden Weise hat dieser Urteilsspruch deutlich gemacht, wie wenig klare Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft in das Bewußtsein selbst der gebildeten Kreise unseres Volkes, denen doch Staatsanwalt, juristische und geschworene Mitglieder eines Schwurgerichts angehören, eingedrungen sind. Eine Abhilfe kann nur dadurch geschaffen werden, daß intensiver und extensiver als bisher breite Schichten unseres Volkes mit den Kenntnissen der medizinischen Forschungen bekannt gemacht werden. Der einzige Weg hierzu geht durch die Tagespresse, die im viel größeren Umfang sich die Mitarbeit medizinischer Publizisten sichern müßte. Es sind nur wenige ganz große Blätter, die eine regelmäßige literarische Tätigkeit ärztlicher Mitarbeiter zu schätzen wissen, und es gibt nur wenige Mediziner, die sich der ungemein schwierigen, leider nicht genugsam anerkannten und doch für das allgemeine Wohl so überaus wichtigen Aufgabe unterziehen, in den Tageszeitungen alle medizinischen, die Allgemeinheit interessierenden Fragen kurz, gemeinverständlich und doch interessant zu besprechen. Der Typus des medizinischen Journalisten, den der jüngst verstorbene Wolf Becher in besonders vorbildlicher Weise repräsentierte, hat sich noch nicht hinreichend durchgesetzt und nur wenigen Ärzten (wie J. Kastan, P. Meißner, R. Lennhoff) geben

große Tageszeitungen Gelegenheit, ihre publizistische Begabung und den größten Teil ihrer Arbeitskraft in den Dienst der Journalistik zu stellen.

Eine höhere Wertung der medizinischen Publizistik scheint sich selbst unter den ärztlichen Standesgenossen anzubahnen. Wenigstens ist das aus der Berufung von namhaften Schriftstellern in die am weitesten verbreiteten Standesblätter zu schließen. So ist mit Beginn dieses Jahres O. Magen in die Redaktion des „Ärztlichen Vereinsblattes“, des Organs des Deutschen Ärztevereinsbundes, eingetreten und weiterhin W. Hellpach zur Redaktion der „Ärztlichen Mitteilungen“ des Leipziger Verbandes berufen worden. Diese Namen bieten eine Gewähr, daß unsere gelesensten Standesblätter in Zukunft nicht nur nach der formalen Seite auch hochgespannten publizistischen Ansprüchen genügen, sondern trotz kräftiger Wahrung der Standesinteressen auch die allgemeinen Gesichtspunkte nicht außer acht lassen werden. Die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene sind deshalb wohl zu der Hoffnung berechtigt, von jetzt ab auch bei den leitenden Standesblättern mehr Berücksichtigung zu finden.

Vom 12.—14. Januar fand in Berlin die Generalversammlung des unter der Leitung von Helene Stöcker und Marie Lischnewska stehenden Bundes für Mutterschutz statt. Außer dem Schutze lediger Mütter und deren Kinder strebt der Bund auch eine Reform der sexuellen Ethik an. Eine Kritik letzterer Bestrebungen muß so lange vertagt werden, als nicht die Grundsätze, die als Unterlage für eine Propaganda dienen sollen, in klarer Formulierung vorliegen. Es muß abgewartet werden, ob sich aus dem Chaos der Meinungen, das besonders die erste Mitgliederversammlung offenbarte, feste Gebilde oder nur Höhennebel abscheiden werden. Jedenfalls ist es vom Standpunkte der Sozialen Hygiene höchst beachtenswert, daß auf der Tagung über Mutterschaftsversicherung (Ref.: P. Mayet) und über Heiratsverbote minderwertiger Personen (Ref.: M. Markuse) verhandelt wurde. Die Diskussion über dieses Problem endete mit einer Resolution, in der die Forderung eines obligatorischen Gesundheitsattestes vor der Eheschließung gefordert wurde. Der Gedanke, direkt die Frauenwelt für eine allen hygienischen Anforderungen gerecht werdende Gestaltung des Generationsprozesses und des Geschlechtslebens zu gewinnen, ist fast zu schön, als daß man an seine Verwirklichung glauben könnte. Die traurigen Erfahrungen, die die Soziale Hygiene bei dem Versuche machte, die Frauenwelt für eine

so wichtige Frage wie die Wiederaufnahme der Sitte des Selbststillens oder die etwas weniger wichtige der Reform der Frauenkleidung zu interessieren, läßt hier ein gewisses Mißtrauen, ob die große indifferente Masse der Frauenwelt den klugen, eifrigen und willensstarken Führerinnen auch wirklich folgen wird, wohl gerechtfertigt erscheinen.

Mit Beginn des Wintersemesters hat Th. Rumpf an der Universität Bonn ein Seminar für Soziale Medizin eröffnet, das sich regen Zuspruches sowohl der Studierenden als auch der praktischen Ärzte erfreut.

In Brüssel erscheint seit Beginn des Jahres 1907 die Halbmonatsschrift „La Revue Medico-Sociale", hrsg. von O. Laurent und J. Crocq.

Am 20. November 1906 starb der Berliner Medizinalstatistiker Georg Heimann im 54. Lebensjahre. In Leipzig starb am 8. Januar 1907 der bekannte Nervenarzt, Psychologe und um die Errichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke verdiente P. J. Möbius im 54. Lebensjahre. Am 4. Februar 1907 starb in Berlin der frühere langjährige Präsident des Reichsversicherungsamtes, T. Bödiker, einer der bedeutendsten Organisatoren des sozialen Versicherungswesens, im 64. Lebensjahre.

A. Grotjahn.

Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele.

Von Dr. med. Adolf Gottstein, Charlottenburg.

(Schluß.)

III.

Die Anthropometrie.

In seinem Aufsatz „Hygienisches von Stadt und Land“ betont Rubner,[1]) daß die Sterblichkeitsstatistik als Maß für die Gesundheit des Volkes vielfach überschätzt werde. Eine geringe Mortalitätsziffer sei immer nur der Ausdruck für die Herabsetzung der Lebensgefahr, aber noch kein Beweis für den Grad des körperlichen und geistigen Wohlbefindens. Trotz des Zurückgehens der Todesziffer hebe sich die Qualität des Menschenmaterials in manchen Landesteilen nicht oder sinke sogar. Die Tatsache selbst ist zutreffend, nicht ganz aber die ihr von Rubner gegebene Deutung. Denn bei der von Rubner betonten Unzulänglichkeit der Mortalitätsstatistik spielt eine rein statistische Frage wesentlich mit. Westergaard, der einmal die Sterblichkeit „ein Thermometer der Freuden und Leiden der Gesellschaft“ nennt, gibt für diese den Statistikern wohl bekannte Erscheinung zahlreiche Beispiele an, aus denen hervorgeht, „daß in allen einzelnen Elementen einer Gesellschaft ein Fortschritt stattfinden kann, während die Gesellschaft als ein Ganzes betrachtet, doch zurückgeht, indem die Zusammensetzung derselben minder gut wird, als sie vordem war.“[2]) Die Ursache dieser Unzulänglichkeit in der Methode für einen ganz speziellen

[1]) München, Oldenbourg, 1898.

[2]) I. Aufl., S. 124.

Fall ist eine so elementar arithmetische, daß sie Westergaard gar nicht erst besonders begründet. Da dieses Problem aber für den Hygieniker recht wichtig ist, so sei hier auf die Fehlerquelle ausführlicher eingegangen. Wenn eine Bevölkerung M mit der Gesamtsterblichkeit A sich aus einzelnen Gruppen m_1, m_2 etc. zusammengesetzt, deren zugehörige Sterblichkeit a_1, a_2 etc. ist, so ist $\frac{A}{M}$ selbstverständlich weder $= \frac{a^1}{m^1}$ etc. noch $= \frac{a^1}{m^1} + \frac{a^2}{m^2}$ etc. Verschieben sich die Werte m_1, m_2 untereinander durch Binnenwanderungen oder andere soziale Einflüsse, so können rechnerisch in den einzelnen Gruppen und insgesamt scheinbare Besserungen vorgetäuscht werden, die sogar gelegentliche Verschlechterungen völlig verdecken.

Immerhin besteht hier eine Lücke in der Methodik. Rubner hält es darum für „dringend erwünscht und zeitgemäß", eine wirkliche, den anthropometrischen Grundsätzen entsprechende Gesundheitsstatistik zu schaffen. Grotjahn[1]) macht mit Recht darauf aufmerksam, daß diese Aeußerung eines Forschers, dessen Bedeutung auf dem Gebiete der Laboratoriumstätigkeit liege, besonders eindringlich für die Wichtigkeit der Anthropometrie als Hilfswissenschaft der Sozialen Hygiene spräche; er hebt weiter hervor, daß andere Länder, wie namentlich England, uns in der Heranziehung dieser Methode überlegen sind. Als Hilfsmethode der Sozialen Hygiene steht sie aber auch im Auslande erst in den Anfängen.

Die Anthropometrie war ursprünglich ein Teil des wissenschaftlichen Rüstzeuges der Künstler, später wurde sie eine eifrig bearbeitete Methode der Anthropologie. Schon im Altertum bemühten sich die Künstler für die Größenverhältnisse der einzelnen Körperteile bestimmte gesetzmäßige Beziehungen aufzufinden, um eine ideale Körperform festzustellen, welche dem schaffenden Künstler zum Anhalt dienen sollte; und auch in neuerer Zeit haben Künstler wie namentlich Schadow und Rietschel die Proportionen der Körpergestalt in bestimmte Gesetze zu bringen versucht. Carus legte in seinem Werke über „die Symbolik der menschlichen Gestalt"[2]) das Verhältnis der einzelnen Glieder zur Wirbelsäule zugrunde und schuf in seinem „Modulus", welcher den dritten Teil der Wirbelsäule bildete, ein neues Einheitsmaß an Stelle der im Altertum

[1]) Die Anthropometrie im Dienste der Sozialen Hygiene. Mediz. Klinik, I. 12, 1905.

[2]) Leipzig 1853.

gebrauchten Einheiten. Man nannte ein solches System, welches die Größe der einzelnen Glieder in Bruchteilen oder Prozenten des Modulus ausdrückte, einen „Kanon“. Der neueste Versuch der Aufstellung eines Kanons wurde von dem Berliner Anthropologen Fritsch[1]) gemacht. Der Amerikaner Gould stellte zahlreiche Messungen an gesunden Individuen verschiedener Rassen an, deren Vergleich mit dem Ideal-Kanon der Künstler deshalb von Interesse ist, weil er eine auffällige Uebereinstimmung der Normalfiguren mit den künstlerischen Postulaten ergibt. Es sei hier aus dem Werke von Ranke[2]) folgende Tabelle wiedergegeben:

	Schadow	Gould	Carus
Körpergröße	100	100	100
Rumpflänge	37	39	39
Schulterbreite	26	24	24
Hängender Arm	44	43	43
Oberarm	20	20	20
Vorderarm	23	23	23
Hand	10	—	10
Fuß	15	15	15

Ganz andere Zwecke verfolgt die Heranziehung der Anthropometrie für anthropologische und physiologische Probleme. Es war zuerst wieder Quetelet, der systemathische Messungen an ausgewachsenen und wachsenden Individuen beider Geschlechter vornahm, um durch Feststellung eines Durchschnittstypus die Verhältnisse des erwachsenen Menschen und die Wachstumsgesetze aufzuklären. Er berichtete über seine Forschungen in seinem ersten Werke „Sur l'homme“ und versuchte schon damals Normalformeln einzuführen; er setzte dann durch lange Zeit diese Untersuchungen fort und legte sie in einem größeren Werke nieder.[3]) Quetelet beschäftigte sich hauptsächlich mit Körpergröße, Brustumfang und Körpergewicht. Seither wurden Massenbeobachtungen über die Beziehungen dieser Zahlen in den verschiedenen Bevölkerungsschichten und Rassen Gegenstand des Studiums vieler Forscher, vor allem ist die Frage des Wachstums des menschlichen Körpers, der Wachstumsstufen im Kindesalter, der gesetzmäßigen Zunahme von Körpergröße und Körpergewicht vom Säugling bis zur Reife Gegenstand zahlreicher Arbeiten geworden. Die Ergebnisse sind

---

1) Ztschr. f. Ethnologie, 1893.

2) Johannes Ranke, Der Mensch, Leipzig 1894, 2. Aufl., Bd. I, S. 15.

3) Anthropométrie. Bruxelles 1871/73.

in mehreren größeren Werken niedergelegt, von denen hier nur die folgenden genannt werden sollen:

Ranke, Der Mensch,

Daffner, Das Wachstum des Menschen, Anthropologische Studie,[1])

Anthony, Anthropologie physique.[2])

Das letztere Werk sei deshalb hervorgehoben, weil es auch die außerdeutsche Literatur ausführlich behandelt und die Methoden und Instrumente der Anthropometrie genau schildert und abbildet. Genannt werden müssen auch die Prachtwerke von Straatz, wie z. B. „der Körper des Kindes".[3]) Die Methoden in der Verwertung der Ergebnisse sind, da es sich um Massenbeobachtungen handelt, im wesentlichen dieselben, wie die der Statistik, nur dem besonderen Zwecke einigermaßen angepaßt. Einen großen Wert legen die Anthropologen auf die Methode der „Serienberechnung". Wenn z. B. eine bestimmte Anzahl Messungen der Körpergröße eines bestimmten Lebensalters und einer bestimmten Bevölkerungsschicht vorliegen, die innerhalb einer gewissen Breite schwanken, so werden die Werte der Körpergröße in Serien von je 5 cm zerlegt und die für jede Serie beobachteten Zahlen graphisch in einer Kurve aufgezeichnet. Die Kurve zeigt dann meist das Ueberwiegen eines bestimmten Durchschnittstypus, der als der gesetzmäßige zu gelten hat (Quetelet's Binomial-Kurve). Die Abweichungen nach beiden Seiten von dem steilen Kurvengipfel ergeben bei eindeutigem Resultate nur sehr niedrige Werte. Natürlich ist diese Serienmethode nichts weiter als eine graphische Darstellung des „mittleren Fehlers" der Statistik. Außer den Hauptgegenständen der Beobachtung, Schädelmaße, Rumpfmaße, Körpergröße, -Umfang und -Gewicht hat man sich auch bemüht noch andere Werte heranzuziehen. Man hat Methoden der Oberflächenmessung empirisch und durch Aufstellung von Formeln angegeben, und man hat ferner versucht, das spezifische Gewicht zu bestimmen. Alle diese Versuche, die zum Teil in die Konstruktion ungeheuerlicher Formeln ausliefen, haben bisher keine praktische oder unanfechtbare wissenschaftliche Bedeutung gewonnen. Viel wichtiger sind die Arbeiten, welche mit Hilfe der Leichenbeobachtung über Organwägungen berichten. Namentlich die Wägungen des Gehirns haben

---

[1]) Leipzig, Engelmann, 1902, 2. Aufl.

[2]) Traité d'Hygiène von Brouardel u. Mosny, Bd. III, Paris, Baillère 1906.

[3]) Stuttgart, Enke 1903.

seit Bischoff große Bedeutung gewonnen, aber auch die Studien der Bollingerschen Schule über normale Größen- und Gewichtsverhältnisse der inneren Organe verdienen Beachtung. Eine große Lücke der Forschung ist darin zu sehen, daß die Histologie zu anthropometrischen Messungen bisher fast gar nicht herangezogen ist. Zwar Messungen der Größe und Zahl der Blutkörperchen gehen um viele Jahrzehnte zurück, aber wir wissen wenig oder gar nichts über die Zahl der Zellen und Zellengruppen der einzelnen Organe in normalen und abnormen Verhältnissen und über die Aenderung dieser Zahlen mit dem Wachstum.

Die bis zu Quetelet zurückreichenden Versuche, für gesetzmäßige Beziehungen Formeln aufzustellen, sind in der Neuzeit fast ganz verlassen worden; wie in der Statistik ist man auch hier mehr bemüht, zuverlässiges Material durch Massenbeobachtungen zu sammeln. Namentlich in England haben Forscher, wie Galton, eigene anthropometrische Institute eingerichtet, und es bestehen Komitees zur anthropometrischen Aufnahme der Gesamtbevölkerung, von denen einige Berichte schon vorliegen. Auch in Deutschland hat unter Gustav Schwalbe's Leitung die Deutsche Anthropologische Gesellschaft mit Unterstützung des Staates die anthropometrische Aufnahme der Wehrpflichtigen beschlossen, und wir haben von diesem großen Werke in der nächsten Zeit wichtige Aufschlüsse zu erwarten. Kleinere und größere Aufnahmen einzelner Gruppen wie der Wehrpflichtigen, der Schuljugend usw. liegen im Auslande und zum Teil in Deutschland vor. Es sei nur der großen Werke von Livi[1]) gedacht.

An der Anthropometrie haben noch verschiedene andere Gruppen Interesse. Von Anfang an haben sich besonders die Rassenforscher mit deren Ergebnissen beschäftigt, weil sie Abweichungen der Schädelform und der Körpergröße als Rassenmerkmale, als bleibende wie als veränderliche, hinstellen konnten und die Einflüsse von Klima, Bodenbeschaffenheit, Vererbung und Wanderungen auf die Körpermaße festzulegen sich bemühten. Ferner haben die Militärärzte Interesse an anthropometrischen Aufnahmen, weil Abweichungen von dem normalen Typus Anhalte für die Brauchbarkeit geben. Ihnen verdanken wir zwar viele Bereicherungen unseres wissenschaftlichen Materials, aber dieses erstreckt sich nur auf ein bestimmtes, wenige Jahre umfassendes Lebensalter und ist deshalb für Schlußfolgerungen nur mit Vorsicht

---

[1]) R. Livi. Anthropologia militare. I Rom 1898. II 1905.

zu gebrauchen. Daß die Psychologen auf Grund der Messungen von Schädelgröße und Hirngewicht seit Bischoff der Anthropometrie sich bedienten, ist bekannt.[1]) Aus der neuesten Zeit sind die Studien D. v. Hansemanns [2]) über die Gehirne hervorragender Männer, wie Helmholtz, besonders bemerkenswert. — Von größter Bedeutung ist die Anthropometrie für die Versicherungsärzte, und gerade ihnen verdanken wir manche Aufschlüsse. Aus der neuesten Zeit datieren die schon angeführten Arbeiten von Florschütz und Gottstein, und der Versicherungsmathematiker der Gothaer Lebensversicherungsbank Karup hat erst kürzlich ein Schema des normalen Verhaltens der absoluten Werte von Körpergröße, Leibumfang und Körpergewicht nach Körpergröße und Lebensalter auf Grund eines großen Materials aufgestellt,[3]) das allerdings mehr praktische als wissenschaftliche Bedeutung hat, weil die Messungen am bekleideten und beschuhten Körper stattfanden. Kinderärzte und Schulärzte bedienen sich ebenfalls für ihre Schlußfolgerungen über das normale Wachstum der Daten dieser Wissenschaft.[4]) Daß auch die Klinik aus der Anthropometrie zum Zweck des Ausbaues der Prognostik Nutzen zu ziehen bemüht ist, beweisen z. B. die Arbeiten der Schüler von Strümpell über das spezifische Gewicht,[5]) ferner eine größere Arbeit von F. Kraus,[6]) sowie die Untersuchungen von W. Becher und R. Lennhoff[7]) über den Zusammenhang von Körperformen und Tiefstand der Nieren. Selbst die Kriminalistik hat sie herangezogen, und besonders hat A. Bertillon die Aufnahme des Körpers zur Feststellung der Individualität zu einem großen Gebäude ausgebildet und hierbei interessante Gesetze über die gegenseitige Beeinflussung des Wachstums einzelner Organe infolge größerer Inanspruchnahme aufgestellt. Das Bertillon'sche anthropometrische System wird vielfach zur Feststellung der Identität angewendet.

Zum Hilfsmittel der Sozialen Hygiene wird indes die Anthropometrie erst durch die Feststellung, daß unter der Ein-

[1]) Ranke, Bd. II, S. 551 ff.

[2]) Ztschr. f. Psych., Bd. XX.

[3]) Verhandlungen des IV. internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin, 1906.

[4]) Stephani, D. m. Woch., 1906, Nr. 44 u. Rietz, Arch. f. Anthropol., I. 1. 1903.

[5]) Münchener med. Woch., 1903, 34 u. 35 und Med. Klin., 1906, Nr. 9.

[6]) Über konstitutionelle Schwäche des Herzens. Festschrift für Leuthold Hirschwald, 1906, S. 327.

[7]) Verhandl. des 17. Kongresses f. innere Medizin u. Med. Reform, 1906.

wirkung gesellschaftlicher Einflüsse die Maße des Körpers ganz wesentlich verändert werden. Freilich stehen wir hier erst am Anfang der Forschung, trotzdem die Feststellung der Tatsache selbst bis in den Beginn des 19. Jahrhunderts zurückreicht. Schon Villermé hat 1819 betont, daß „die Körpergröße um so mehr ansteigt und das Wachstum sich um so schneller beendet, je reicher das Land, je größer der Wohlstand; daß Wohnung, Kleidung und vor allem Nahrung von Einfluß sind und daß Sorgen, Anstrengungen, Not in der Kindheit und Jugend das Wachstum hemmen, mit anderen Worten, daß das Elend und seine Begleitumstände die Entwicklung des Körpers herabsetzen und geringere Körpergröße herbeiführen.“ [1]) Diese Beobachtungen blieben lange ziemlich unbeachtet. Größeres Aufsehen erregte es, als Pfitzner [2]) sozialanthropologische Studien veröffentlichte, in denen er auf Grund von Beobachtungen an Lebenden und Leichen die Überlegenheit der Körpergröße und Kopfgröße bei höherer Intelligenz nachwies. Nach ihm dokumentiert sich höhere Intelligenz schlechthin in durchschnittlich höherer Statur. Derartige Studien hat neuerdings Röse [3]) fortgesetzt und ist bei Untersuchungen an Kindern und Erwachsenen aller Stände zu ganz ähnlichen Ergebnissen gekommen. Von weiten Gesichtspunkten und mit sorgfältiger Methode hat ferner Rietz in seiner Studie über Körperentwicklung und geistige Begabung [4]) die Ergebnisse von Messungen an 20000 Schülern zu der Schlußfolgerung verwertet, daß in jedem Alter die normal vorgeschrittenen Schüler durchschnittlich die entwickelteren, andererseits die minderbefähigten auch die körperlich zurückgebliebenen sind. Besonders eingehend hat sich mit diesen Fragen noch Marina [5]) beschäftigt, indem er den Einfluß der Lebensweise, der Ernährung, des Wohlstandes, des Klimas und vorausgegangener Krankheiten auf die Körpermaße des wachsenden Organismus studierte mit dem Ergebnis, daß neben den in erster Reihe in Betracht kommenden Rassenschwankungen sozialhygienische Einwirkungen von weitgehendem Einfluß auf die Entwicklung des Körpers sind. Mit diesen Literaturangaben soll das Thema nicht als erschöpft gelten. Die Arbeiten von Ammon, welcher die Änderung der Körperformen und namentlich der Schädelformen

[1]) Quetelet, Sur l'homme etc., Bd. II, S. 14.
[2]) Ztschr. f. Morphol. u. Anthropologie, 1901.
[3]) Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, II, 5 u. 6. 1905.
[4]) Ztschr. f. Schulgesundheitspflege, XIX, 1906.
[5]) Politisch-anthropol. Revue, 1903, 11 u. 12.

durch die Abwanderung vom Land nach der Stadt untersuchte und dem das Verdienst zukommt, auf die Wichtigkeit der Methode als einer der ersten nachdrücklich hingewiesen zu haben, sind hier absichtlich nicht eingehender besprochen, weil sie viel Widerspruch gefunden haben. Soviel geht aus der kurzen Schilderung der geschichtlichen Entwicklung der Anthropometrie hervor, daß ihre Anwendung auf die Probleme der Sozialen Hygiene reiche Ausbeute verspricht, daß aber erst bescheidene Anfänge vorliegen. Diese Anfänge schienen aber der von der englischen Regierung eingesetzten Kommission zur Untersuchung einer körperlichen Entartung des britischen Volkes, deren Ergebnisse im Jahre 1904 in einem Bericht von 2 Bänden[1]) dem Parlament unterbreitet und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden, bedeutsam genug, um periodische anthropometrische Aufnahmen der Bevölkerung zu beantragen. Es verspricht in der Tat eine reiche Ausbeute, zunächst umfangreiches Material über die Körperverhältnisse der einzelnen Bevölkerungsschichten zu sammeln und deren Abhängigkeit von ganz bestimmten Faktoren systematisch zu bearbeiten. Eine Teilung der Aufgaben in interessante Einzelprobleme ist nach den verschiedensten Richtungen möglich. Man kann z. B., wie dies Röse getan, bei der Untersuchung von Rekruten die Werte der Körpergröße mit der Art der Ernährung im Säuglingsalter in Zusammenhang bringen.

Das Bestreben der Heranziehung der Anthropometrie zur Lösung von Aufgaben der Sozialen Hygiene zeigt noch überall die Spuren der Jugendlichkeit, ein Grund mehr, sich mit ihr ernstlich zu befassen. Sollte es dereinst in hoffentlich nicht zu ferner Zukunft auch bei uns Laboratorien geben, welche der Sozialen Hygiene zur Verfügung stehen, so wird es dann auch möglich sein, die mikroskopische Anthropometrie auszubilden, von der heute nicht einmal Anfänge vorliegen. Daß aber die Heranziehung des Mikroskops zu Messungen der Zahl und der Größe der Elementarbestandteile in den einzelnen Organen im wachsenden und erwachsenen Zustande, bei normalen und krankhaften Vorgängen, wichtige Aufschlüsse für Klinik, Anthropologie und Soziale Hygiene verspricht, das ist eine Vorstellung, die sich bei mir durch jahrelange Beobachtungen der individuellen Reaktion am Krankenbett herausgebildet hat. Hier könnte vielleicht eine ganz neue Sonder-

---

[1]) London 1904. Eyre u. Spottiowoode. Referat: Politisch-anthropol. Revue, V, 3, von Hans Fehlinger.

methode entstehen von so überraschend reicher Ernte, wie sie vor 25 Jahren in ganz kurzem Zeitraum die neu erstandene Bakteriologie einbrachte.

IV.

Das weitere methodische Rüstzeug der Sozialen Hygiene.

In seiner oft erwähnten Rede betont Rubner, daß Nationalökonomie und Hygiene auf einander als Hilfswissenschaften angewiesen seien und daß jeder Arzt Kenntnisse auf dem Gebiete der Nationalökonomie haben müsse. Mit den Berührungspunkten beider Wissenschaften beschäftigt er sich aber nur kurz; neue Erfindungen bedingten neue Gesundheitsgefahren, Umwälzungen der Produktion reiften andere Lebensverhältnisse für den Arbeiter, neue Handelswege schüfen veränderte Existenzbedingungen. Gründlicher noch als Rubner's Arzt muß aber der Vertreter der Sozialen Hygiene mit der Geschichte der wirtschaftlichen Umgestaltungen in den letzten hundert Jahren und mit der Natur der Kräfte, die zu ihnen geführt haben, vertraut sein. Bei dem steten Fluß dieser Vorgänge darf er sogar sein Wissen nicht bloß aus der Geschichte und aus den Handbüchern schöpfen, sondern er muß es verstehen, nach den Worten von Hueppe selbst frisch und mit gesunden Sinnen umherzuspähen. Und da die Rückwirkungen aller dieser Umwälzungen auf die Gesundheit der zunächst beteiligten Kreise noch lange nicht erschöpfend studiert sind, so ist für das offene Auge noch recht viel Neues zu sehen.

Wohl wenigen Geschlechtern war es seit dem Bestehen einer menschlichen Kultur auferlegt, in der Aufeinanderfolge von kaum drei Generationen sich so tiefen Veränderungen der Existenzbedingungen anzupassen, wie den Lebenden der letzten sechs bis sieben Jahrzehnte; niemals aber ist eine derartige Anpassung mit so geringem Verlust an Menschenleben vollzogen worden. Die Gründung der Städte und festen Siedelungen in Mitteleuropa vor etwa tausend Jahren hatte für deren Bewohner jahrhundertelange und recht erhebliche Todesgefahren zur Folge, die oft bis in die neueste Zeit fortbestanden, falls nicht ein großer Brand oder eine ähnliche elementare Katastrophe die Rolle der Sanitätspolizei übernahm. Die positiven und negativen gesundheitlichen Folgen der Entdeckung von Amerika und der Eröffnung anderer Erdteile verteilten sich ebenfalls auf einen außerordentlich langen Zeitraum.

Wir und unsere unmittelbaren Vorfahren erlebten in ganz kurzem Zeitraum zwei ganz ähnliche Vorgänge, die Massenabwanderung vom Lande in die riesenhaft anwachsenden Städte und die wirtschaftliche Erschließung der Länder der bevölkerten Erde; ihre Bewohner und ihre Produkte wurden einander so genähert, daß statt Monaten und Wochen nunmehr nur noch Tage und Stunden uns trennen und daß statt vereinzelter lockerer Fäden uns ein rasch entstandenes dichtes Maschengewebe von Beziehungen verbindet. Und die großen technischen Entdeckungen, denen wir diese Annäherungen verdanken, erforderten den intensivsten Frondienst zahlreicher Menschen, deren veränderte Lebensbedingungen nach Verpflanzung aus den angestammten verstreuten Siedlungsstätten in die Zentren enger Anhäufungen bei jäher Änderung der Lebensweise Gegenstand eifrigsten Studiums der Nationalökonomie geworden sind.

Die Hygiene, deren engere Aufgabe die Erforschung der Rückwirkung dieser Wandlung auf die Gesundheit der Gesellschaft und ihrer Teile ist, stellt nun die überraschende Tatsache fest, daß mit dieser Umwälzung ein Sinken der Sterblichkeit aller Altersklassen verbunden ist, daß die Mortalität der Städte, früher viel erheblicher als die der Landbevölkerung, sogar stärker herabgegangen ist als die letztere. Aber bei der Teilung des Materials zur näheren Erörterung dieser Tatsache ist die Hygiene Schritt für Schritt darauf angewiesen, sich Rat in den Schriften der volkswirtschaftlichen Forscher zu holen und deren Methoden so weit verstehen zu lernen, um nicht jeder kritischen Würdigung der übermittelten Ergebnisse entbehren zu müssen. Der Hygieniker muß wissen, was ihm der Nationalökonom über die Lebens- und Ernährungsverhältnisse, die Arbeitsbedingungen, die Lohnverhältnisse und deren ortsübliche Verwertung in den einzelnen Schichten der Gesellschaft, was er ihm über die Gewohnheiten während der Arbeit und der Erholungszeit mitzuteilen hat. Ja, er muß auch die Forderungen kennen, welche die Arbeiterklassen zur Verbesserung ihrer Lage aufstellen; er muß versuchen, eine Vorstellung von der seelischen Verfassung und Denkweise dieser Bevölkerungsgruppe zu gewinnen. So vorgebildet vermag er mit seinem ärztlichen Rüstzeug die Ergebnisse der Nationalökonomie zu ergänzen, indem er die Rückwirkung dieser Zustände auf die Gesundheit der beteiligten Gruppen erforscht und die Mittel zur Beseitigung von Mißständen sucht.

Im Gegensatz nun zu dem günstigen Vorurteil, welches die Herabsetzung der Gesamtsterblichkeit erweckt, ist die

Rückwirkung der Änderungen der Gesellschaft durch den technischen Aufschwung auf zahlreiche Einzelschichten doch oft recht ungünstig und verbesserungsbedürftig. Am deutlichsten ist dies auf dem Gebiete der Gewerbehygiene zutage getreten; die zahlreichen anderen Beziehungen zwischen volkswirtschaftlicher Entwicklung und Gesundheitsgefahr, die nicht unmittelbar mit der Gewerbehygiene zusammenhängen, sind bisher viel weniger bearbeitet worden, als sie bei ihrer Wichtigkeit beanspruchen müssen. Darum seien einige dieser Probleme hier beispielsweise erwähnt, schon weil sie den engen Zusammenhang zwischen Nationalökonomie und Sozialer Hygiene dartun. Hierher gehört zunächst eine Frage, welche die Gesamtbevölkerung angeht, und welche durch Ascher und Rubner ganz neuerdings zum Gegenstand besonderen Studiums und eindruckvollster Propaganda gemacht worden ist; die Frage der Luftverschlechterung in den Städten durch die Kohlenfeuerung der Industrie.[1]) Das Mahnwort von Rubner, daß uns heute ein Kampf gegen die schlechte Luft obliegt, wie wir einstmals einen solchen gegen das schlechte Wasser der Städte geführt, wird hoffentlich Nachhall finden. Wohl ebenso wichtig ist die besondere Frage der durch wirtschaftliche Vorgänge erheblich umgestalteten Lage des jugendlichen Alters beider Geschlechter und der außerordentlich komplizierten Rückwirkung auf deren Gesundheit. In den Klassen der Arbeiter werden die Jünglinge jetzt in einem Lebensalter wirtschaftlich unabhängig, in dem sie sonst als Hilfsarbeiter der Eltern von diesen erhalten wurden und in deren Heim unselbständig verweilten. Der Einfluß dieses Vorganges auf körperliche und moralische Gesundheit bedarf der sorgfältigsten Beachtung. Umgekehrt bleiben die Söhne der besitzenden Stände durch den Zudrang zu Berufsarten mit längerer Vorbildungszeit viel häufiger wirtschaftlich abhängig als früher. Ist aber hier das Ziel erreicht, so haben Ehrgeiz, geselliger Zwang, das Bedürfnis, die in stetem Kampf ums Weiterkommen stark mitgenommenen Nerven durch Kontrastwirkung zu entspannen, vielfach zu einer Lebensweise geführt, welche von der Einfachheit und Körperschonung früherer Zeiten erheblich abweicht. Und diese Kehrseite einer höheren sozialen Stellung läßt sich in ihrer Rückwirkung auf die Sterblichkeit schon jetzt deutlich erkennen. Im Gegensatz zur allgemeinen Abnahme der Sterblichkeit steht die Zunahme der

[1]) Daß auch diese Frage schon vor 200 Jahren die Ärzte viel beschäftigte, beweist meine Notiz in Ztschr. f. Soz. Med., I, 267.

Todesziffern in den besser situierten Gesellschaftskreisen an Stoffwechselkrankheiten und Krankheiten des Gefäßsystems,[1]) deren Ursachen Gollmer direkt in der Überernährung, dem gesteigerten Konsum von Genußmitteln, der beruflichen geistigen Überanstrengung und der Zunahme des Gesellschaftslebens findet.

Wenn einst die Hygiene des Geistes, deren Wichtigkeit Rubner betont, mehr bearbeitet wird, so wird auch die gesundheitsschädliche Wirkung der grellen, auf Auge und Ohr wirkenden täglichen Reize der Großstadt, wie des steten Gehetztseins ohne genügend große Ruhepausen einer größeren Beachtung wert gefunden werden. Sie verkürzen unser Leben statistisch nachweisbar vielleicht nicht um eine Stunde; wie sehr aber sie unsere Nerven abnutzen, fühlen wir Großstädter am deutlichsten bei unserer jährlichen Sommerflucht. Ebenso wichtig sind die Einwirkungen der Monotonie maschineller Arbeit auf die Seele. Diese häufige Quelle schwerer Neurasthenie, die, gewiß unter Mitwirkung anderer Momente, zu schweren nervösen Herzaffektionen, gelegentlich zu verfrühter Invalidität, aber auch einmal zu psychischen Störungen führen kann, ist wenigstens in der gewerbehygienischen Literatur bisher nicht genügend gewürdigt worden. Das Gegenstück bilden die Neurasthenien und der völlig geistige, körperliche oder moralische Zusammenbruch solcher Geistesarbeiter, welche der Ehrgeiz des Tages trieb, Zielen nachzugehen, denen ihre körperlichen, geistigen, moralischen oder materiellen Kräfte auf die Dauer nicht gewachsen waren. Diese Erscheinung selbst ist nicht neu, wohl aber ihre Häufung und deren ursächlicher Zusammenhang mit wirtschaftlichen Vorgängen.

Die Anforderungen an nationalökonomisches Wissen und Verstehen sind daher nicht gering, und fast könnte es zu weitgehend erscheinen, daß als Rüstzeug der Sozialen Hygiene außer ihnen auch noch die Beschäftigung mit einem anderen Gebiete der Geisteswissenschaften verlangt wird, nämlich mit der Gesetzeskunde. Und doch hat in den letzten Jahrzehnten die legislatorische Tätigkeit auf dem Gebiete der Gesundheitspflege durch Gesetze und Verordnungen einen Umfang angenommen, der schon dem Arzte, mehr noch dem Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege, aber auch speziell dem Sozialhygieniker die Pflicht auferlegt, wenigstens sich mit der Tatsache des Vorhandenseins dieser gesetzlichen Be-

---

[1]) Gollmer, Die Todesursachen bei den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank. Berlin, Mittler, 1906.

stimmungen und der Gebiete, auf die sie sich erstrecken, vertraut zu machen. Diese Aufgabe wird dem Arzte durch das Bestehen eigener Sammlungen und viel verbreiteter Kommentare erleichtert. Auch besondere Fachblätter, wie z. B. die „Soziale Praxis“ dienen diesem Zwecke; besonders sei auch auf die Abschnitte „Chronik der Sozialen Hygiene“ und „Gesetzestafel“ im Jahresbericht der Sozialen Hygiene von Grotjahn und Kriegel hingewiesen. Vor allem seien als Quelle die Veröffentlichungen des deutschen Reichsgesundheitsamtes hervorgehoben.

Von diesen Gesetzen interessiert der eine Teil nur den ärztlichen Praktiker in der Ausübung seiner Berufspflichten und sei deshalb hier nicht erwähnt. Einen anderen Teil von hohem sozialhygienischen Interesse bilden die Gesetze der Arbeiterversicherung gegen Krankheiten, Unfälle, Invalidität und die Altersversicherung, sowie die Pläne ihres weiteren Ausbaues zur Versicherung gegen Arbeitslosigkeit und ihrer Ausdehnung auf die Versicherung der Hinterbliebenen. Diese Arbeiterversicherungsgesetze beeinflussen in so großem Umfang die Aufgaben des Arztes, daß die Beschäftigung mit ihnen zur Bildung einer eigenen Sonderwissenschaft, der Sozialen Medizin im engeren Sinne, Anlaß gegeben hat. Immerhin greifen sie, auch wenn sie sich zunächst nur mit den krankheitlichen Vorgängen befassen, durch zwei Umstände auch in das Gebiet der Sozialen Hygiene über, erstens weil zu deren Aufgaben das Studium ihrer Rückwirkung auf die Gesundheit der beteiligten Bevölkerungskreise gehört und zweitens weil seit etwas mehr als einem Jahrzehnt die durch das Gesetz geschaffenen Verwaltungskörper auch die Vorbeugung krankhafter Vorgänge als zu ihren Aufgaben gehörig ansehen und die ihnen zur Verfügung stehenden großen Geldmittel für diese Aufgaben bereit stellen.

Eine weitere große Gruppe gesetzlicher Bestimmungen und Verordnungen interessiert in erster Linie den beamteten Arzt als staatlichen Vertreter der öffentlichen Gesundheitspflege. Hierher gehören zunächst die gesetzlichen Bestimmungen über die amtliche Beaufsichtigung der gewerblichen Anlagen, der Bauten, Krankenanstalten, Schulen und sonstigen öffentlichen Einrichtungen, die Überwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln und die Kontrolle ihrer Verfälschungen, Verordnungen, die durch die bevorstehende staatliche Wohnungsgesetzgebung noch eine erhebliche Erweiterung erfahren werden. Es gehören hierzu ferner die gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten,

die Seuchengesetze für das Inland und die gesetzlichen Bestimmungen über die Bekämpfung eingeschleppter Seuchen in der Form internationaler Konventionen, welche das Meldewesen sowie den Grenzverkehr von Personen und leblosen Dingen regeln.

Neben allen diesen Gesetzen interessieren aber noch besonders die Soziale Hygiene die deutschen und internationalen Bestimmungen, Gesetze und Verordnungen, welche die Gesundheit der Arbeiter im Betrieb schützen wollen. Hierher rechnen die Bestimmungen der Gewerbeordnung über die Konzessionspflicht bestimmter Betriebe, über die Schutzvorrichtungen und deren Beaufsichtigung durch Gewerbeinspektoren, die Regelung der Arbeitszeit und Sonntagsruhe, die Bestimmungen über gewerbliche Nachtarbeit der Frauen und Beschäftigung und Arbeitszeit der jugendlichen Arbeiter und Kinder. Gerade diese letzten Fragen international zu regeln, ist die besondere Aufgabe des Internationalen Arbeitsamtes in Basel, welches als Organ der „Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz“ unter Leitung von Stephan Bauer und unter offizieller Beteiligung der zivilisierten Staaten Konferenzen abhält, Erhebungen anstellt und veröffentlicht und gesetzliche Maßnahmen vorbereitet. Einen großen Erfolg hat dieses Arbeitsamt im letzten Jahre auf dem Gebiete der gesundheitsgefährlichen Industrien durch das Übereinkommen einer Reihe von Staaten über das gesetzliche Verbot des weißen Phosphors in der Zündholzindustrie erzielt.

Die Beschäftigung mit diesem umfangreichen Material aus dem Gebiete der Gesetzgebung führt den Arzt gelegentlich dahin, in der Praxis Lücken, Mängel und Unstimmigkeiten zwischen der Absicht des Gesetzgebers und der erzielten Wirkung festzustellen. Die Versuchung liegt nahe, durch Besserungsvorschläge selbst als Gesetzgeber auftreten zu wollen. Es muß aber vor dieser tatsächlichen Überschreitung der Grenzen unserer Aufgaben dringend gewarnt werden. Der Arzt kann es z. B. als eine bedauerliche Lücke feststellen, daß zwar der eine Arbeiter durch die Unfallgesetzgebung entschädigt wird, welcher der plötzlichen Einwirkung schädlicher Stoffe ausgesetzt war, nicht aber sein Nachbar, welcher durch monatelange Einatmung kleiner Mengen desselben schädlichen Giftes mindestens ebenso stark in seiner Gesundheit geschädigt wurde. Der Arzt dient aber dem Interesse seines Kranken besser, wenn er im Einzelfalle den Zusammenhang zwischen Berufsgefahr und Gesundheitsschädigung jedesmal genau studiert, als wenn er allgemein durch Verwischung der Unterschiede zwischen Berufs-

krankheiten und Unfällen dem Wortlaut der gesetzlichen Bestimmungen dialektisch Gewalt antun will. Innerhalb der Grenzen seines Wirkungskreises bleibt ihm noch genügender Raum zu gut begründeten Vorschlägen für den Gesetzgeber, wie gerade die Arbeiten von Ärzten wie Lennhoff,[1] Mugdan[2]) und Grotjahn[3]) auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung beweisen.

Neben den staatlichen gesetzlichen Einrichtungen zum Schutze des Arbeiters und seiner Familie gegen Berufsschädigung und gesundheitliche Mißstände sind in den letzten 20 Jahren durch freiwillige Tätigkeit von Gemeinden, Beteiligten und Menschenfreunden eine große Zahl ganz eigenartiger Wohlfahrtseinrichtungen entstanden. Auf diesem Felde wetteifern die einzelnen Nationen, unter denen Deutschland vielfach eine führende Stellung einnimmt. Die Zahl dieser Einrichtungen ist schon heute eine außerordentlich große; ihre Formen sind, da sie meist ohne Vorbild aus freier Anregung entstanden, außerordentlich mannigfaltig.[4]) Es sind auf diese Einrichtungen große Summen, welche private und öffentliche Wohltätigkeit, wie Gemeinden aufbringen, verwendet worden und viele Kräfte dienen ihrer Verwaltung und Leitung. Es ist eine unerläßliche Aufgabe der Sozialen Hygiene, alle diese Einrichtungen zu registrieren und auf ihren Wert für die Volksgesundheit ständig zu prüfen. Ich habe (l. c.) den Vorschlag gemacht, daß der neugegründeten Zentrale des deutschen Städtetags der Auftrag erteilt werde, als Sammelstelle allen Materials über diese Einrichtungen zu dienen und vermöge des so gewonnenen Überblicks zugleich als Beratungsstätte, um etwa drohenden Zersplitterungen und Vergeudungen an Geld und Kraft vorzubeugen. Es scheint aber, daß der „Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrt“ nach ihrer Umwandlung in eine „Zentralstelle für Volkswohlfahrt“ diese Aufgabe zufallen wird.

V.

Epidemiologie.

Die bisherige Darstellung bezweckte den Nachweis, daß die Soziale Hygiene einige Methoden besonders heranzuziehen hat,

[1]) Med. Reform. 1906, Nr. 5.

[2]) Berl. klin. Woch., 1905, Nr. 39 und Ztschr. f. Sozialwiss., IX, 3/4.

[3]) Ztschr. f. Soz. Med., I, S. 15.

[4]) Ich habe versucht, sie in einem Aufsatze im Arch. f. Städtekunde, März 1906, einigermaßen vollständig aufzuzählen.

welche den anderen Zweigen dieser Wissenschaft, der physiologischen wie der mikroparasitären Hygiene, ferner liegen. Bei dieser Gelegenheit ist schon in der Form von Beispielen einer Anzahl von Einzelproblemen gedacht worden, welche die Selbständigkeit dieses Sonderzweiges auch durch den Nachweis besonderer Aufgaben erweisen. Im übrigen aber muß die Soziale Hygiene einige längst erschlossene große Sonderzweige der Hygiene, die in der Folge besprochen werden sollen, geradezu als ausschließliche Aufgaben ihres eigenen Arbeitsgebiets für sich beanspruchen. Zu diesen großen Sonderabschnitten aus dem Gesamtgebiete der Hygiene gehört in erster Linie die „Epidemiologie“. Denn das Auftreten von Seuchen ist in doppelter Beziehung mit wirtschaftlichen Vorgängen eng verbunden.

Es heißt einer geschichtlichen Wahrheit Gewalt antun, wenn man bestreiten will, daß große Umwälzungen im Völkerleben, Kriege, Hungersnöte, wirtschaftliche und kulturelle Mißstände, durch Schädigung der Volksgesundheit schneller oder langsamer in der Form von Seuchen nachhallen; das Wort von Virchow gilt noch heute, unangefochten von den Errungenschaften der Bakteriologie: „Epidemien gleichen großen Warnungstafeln, an denen der Staatsmann von großem Stil lesen kann, daß in dem Entwicklungsgange seines Volkes eine Störung eingetreten ist!“ Die Aufgabe des Epidemiologen kann es höchstens sein, festzustellen, über wie viele Zwischenglieder sich dieser ursächliche Zusammenhang erstreckt. Zweitens aber fordern die Seuchenausbrüche nicht nur Opfer an Menschenleben, sondern außerdem noch Opfer an wirtschaftlichen Gütern, sie haben politische, kulturelle und seelische Nachwirkungen, auf die hier nicht eingegangen werden kann, die aber oft auf sehr verschlungenen Wegen recht wichtig und nachhaltig waren. Gerade auch als Warnungstafeln haben die Seuchenausbrüche oft schon große Fortschritte beschleunigt. Mit dem Nachweis der mikroparasitären Ursachen und der Mittel zu deren Vernichtung ist also das Seuchenproblem noch lange nicht erschöpft.

Noch mehr aber als wegen dieser Zusammenhänge ist die Soziale Hygiene aus einem weiteren Grunde verpflichtet, die Seuchenlehre ganz für sich in Anspruch zu nehmen. Dieser schöne, über eine große, stolze Geschichte verfügende Zweig ärztlicher Wissenschaft ist unter der ein Vierteljahrhundert währenden Vorherrschaft der Bakteriologie auf das bedauerlichste vernachlässigt worden und in Verfall geraten; ja es fehlte gelegentlich nicht an

Stimmen, welche die bewährten Methoden der Epidemiologie als überholt und wertlos geworden, seitdem uns die Bakteriologie präzisere Untersuchungsmethoden an die Hand gegeben, zum alten Gerümpel werfen wollten. Ein Einblick in die kleinen und großen Handbücher der Gesamthygiene beweist, wie geringschätzig auch als Gegenstand des Unterrichtes dieser Sonderzweig behandelt wird. Das scheint allerdings neuerdings anders werden zu sollen, denn selbst von bakteriologischer Seite werden zuweilen Bekenntnisse vernehmlich, daß außer den Bakterien noch andere ursächliche Momente des Studiums wert seien.[1])

Mehr als zwei Jahrzehnte herrschte das Dogma, daß mit der experimentellen Erforschung spezifischer Krankheitserreger sämtliche Probleme der Seuchenentstehung zu lösen, daß mit der Vernichtung der Kontagien durch Aufstöberung in ihren belebten und unbelebten Schlupfwinkeln sämtliche Quellen der Seuchenentstehung und Seuchenverbreitung zu verstopfen seien. Vergeblich verhallten lange Zeit alle Versuche, an der Hand nüchterner Tatsachen das Unzulässige dieser Verallgemeinerung von Schlußfolgerungen aus den Tierversuchen zu beweisen. Es kann hier auf die Gründe und Gegengründe des lange geführten Streites nicht eingegangen werden; es ist dies um so weniger erforderlich, als wir in der „Pathogenese innerer Krankheiten" des Rostocker Klinikers F. Martius[2]) eine ganz vorzügliche historischkritische Darstellung des Gegenstandes besitzen. Die kontagionistische Lehre von der ausschließlichen Bedeutung der Bakterieninvasion als alleiniger Ursache der Seuchenentstehung mußte schließlich doch an den Erfahrungstatsachen scheitern, daß Seuchen ausblieben, trotzdem die bakteriellen Bedingungen ihrer Entstehung sämtlich vorlagen, daß herrschende Seuchen verschwanden, ohne daß deren belebte Kontagien vernichtet waren, daß, wie Jürgens, ein aus der Koch'schen Schule hervorgegangener Forscher, sich ausdrückt,[3]) „sie ihren Gang gehen, unbeeinflußt durch unsere nach bakteriologischen Gesichtspunkten ausgeführten Maßnahmen, daß also eine Seuchenbekämpfung durch Versuche, die Bakterien zu vernichten, nicht möglich ist."

Bei der Entstehung einer Infektionskrankheit, sei es, daß sie vereinzelt oder daß sie in Massen auftritt, spielt stets das Zu-

---

[1]) Behla, Med. Klin., 1906, Nr. 26.
[2]) Heft 1. Leipzig und Wien, Deuticke, 1899.
[3]) Festschrift f. Leuthold I. Hirschwald, 1906.

sammenwirken zweier Faktoren eine Rolle, die Invasion des spezifischen Kontagiums und eine durch sehr verschiedenartige innere und äußere Ursachen zu einer gewissen Höhe angestiegene Hinfälligkeit des betreffenden Individuums gegenüber diesem Kontagium.

Nun ist allerdings in vielen Fällen nicht bloß in dem Paradigma des experimentellen Tierversuchs sondern auch in der Pathogenese des Menschen, die Hinfälligkeit einer größeren Zahl von Menschen gegenüber dem Kontagium eine so große oder so konstante, daß sie bei dem Studium der Seuchenentstehung ohne weiteres übersehen werden darf. Das berechtigt aber nicht zu einer ganz allgemeinen Vernachlässigung des Faktors der quantitativ in weiten Grenzen schwankenden individuellen Resistenz, wie dies die bakteriologische Schule bei der Übertragung ihrer Tierversuche auf die Seuchenlehre getan hat, genau nach dem Muster des Schülers, der als Viereck nur das Quadrat gelten läßt. Es gelüstet keinen Einsichtigen nach dem herostratischen Ruhm, die große Bedeutung der Bakteriologie für die verschiedensten Zweige der Naturwissenschaft, insbesondere auch für die Seuchenlehre, und die Verdienste ihrer Schöpfer verkleinern zu wollen; aber für die Seuchenlehre ist die Bakteriologie nur eine Methode, wenn auch eine der wichtigsten und direktesten. Und selbst in denjenigen seltenen Sonderfällen, in welchen die Entstehung und Verhütung der Seuchen sich lediglich aus den Eigenschaften der spezifischen Parasiten ganz oder fast ganz ableiten läßt, bleibt noch die Kontrolle durch andere Methoden, die Probe auf die Richtigkeit des Schlusses unerläßlich. Und darum ist die Verwahrlosung der Epidemiologie während zweier Dezennien ein beklagenswerter Vorgang, darum ist ihre Wiederbelebung eine wissenschaftliche und praktische Notwendigkeit.

Der Begriff der Epidemie ist ein quantitativer, er bedeutet das Ansteigen der Zahl der Erkrankungen über das Durchschnittsmaß in der Zeiteinheit. Erst die weitere Untersuchung lehrt, daß meist, aber durchaus nicht immer, auch die Qualität der beobachteten Erkrankungen eine klinisch einheitliche ist; an diesem Punkte setzte dann die bakteriologische Analyse ein, indem sie in glänzender Methodik die Mittel lieferte zur Bestätigung der seit lange empirisch aufgestellten Theorie von der Spezifität der Krankheitsursachen und der Identität der klinischen und der ätiologischen Einheit. Trotzdem aber decken sich die Begriffe „mikroparasitäre Krankheit“ und „Epidemie“ nicht ohne weiteres, ebenso-

wenig wie die Begriffe epidemisch, infektiös und kontagiös. Es gibt Seuchen, die nicht durch belebte Kontagien ausgelöst werden, wie die Vergiftungen durch die Produkte mikroparasitärer und höherer Pflanzen (z. B. Ergotismus), ja sogar durch anorganische Stoffe (Epidemien von Quecksilbervergiftung). Und es gibt bakterielle Krankheiten, die niemals zu Epidemien anschwellen, wie z. B. der Tetanus. Selbst bei denjenigen Seuchen aber, bei denen die genannte Trias unanfechtbar feststeht, bleibt außer der bakteriellen Durchforschung zur Aufklärung der Entstehung, des Verlaufs und des Verschwindens noch viel des Wissenswerten zu verzeichnen übrig.

Die Epidemiologie, die allgemeine wie die spezielle, hat alle Tatsachen zusammenzustellen, welche sich aus Massenbeobachtung und Einzelforschung ergeben. Ihre erste Aufgabe ist das Studium der Geschichte der einzelnen Seuchen; doch soll auch hier das Durchforschen der alten Dokumente wie bei der Bakteriologie nicht Selbstzweck, sondern Methode bleiben. Aus einem sehr lehrreichen Grunde sind dem geschichtlichen Studium enge Grenzen gezogen. Die systemisierende Auffassung der Krankheiten änderte sich nicht nur aus theoretischen Schulmeinungen, sondern oft genug aus außerordentlich praktischen Anlässen, deren Ursachen nur die gleichzeitige Vertiefung in die Gesamtgeschichte des einzelnen Zeitabschnitts verstehen läßt, ganz erheblich. Politische Not und wirtschaftliche wie wissenschaftliche Ohnmacht lehrten in Zeiten der Seuchengefahr mehr die Todesgefahr als die Zeichen, unter denen der Tod Eingang fand, zu bewerten. Es ist daher nicht ein Beweis mangelhafter Beobachtungskunst, wenn die Trennung von Scharlach und Masern erst ins 17. Jahrhundert, die von Flecktyphus und Abdominaltyphus in den Anfang des 19. Jahrhunderts fällt; man legte eben mehr Wert auf die Prognose als auf die Symptome. Es liegt also oft keine Veränderung des Krankheitscharakters, sondern nur eine Veränderung des nosologischen Standpunktes vor. Es bleibt darum vergeblicher Aufwand von Scharfsinn und müßig, wenn man jetzt bestimmen will, welcher heute noch vorhandenen bekannten oder ausgestorbenen Krankheit die Thycydideische Pest entspricht, ob der Aussatz der Bibel sich mit der heutigen Lepra deckt. Die Werke auch des Altertums und Mittelalters bieten uns genügende zahlreiche solidere Studienobjekte, selbst bei der Entnahme aus der zweiten Hand durch Haeser und Hecker, wie die Schilderung der Lungentuberkulose durch Hippokrates, die des schwarzen Todes und der

Lungenpest durch Guy de Chauliac, der Syphilis durch Fracastor und Petronius, der schon 1535 eine Theorie der erworbenen Immunität aufstellte. Und die Einsichten in die zahlreichen Seuchenchroniken des 17. und 18. Jahrhunderts geben reiche, oft auch zahlenmäßige Ausbeute für Vergleiche mit den gegenwärtigen Zuständen und für Schlußfolgerungen auf den Verlauf der Seuchenzüge durch die Jahrhunderte. Hätte man die Geschichte der Seuchen in der Gegenwart eifriger gepflegt, so wäre die Unsicherheit gegenüber den Einbrüchen der Influenza, der Cerebrospinalmeningitis, die Unkenntnis des periodischen Auftretens der Diphtherie, die sich in unseren Tagen jäh verriet, nicht möglich gewesen.

Eine zweite Aufgabe der Epidemiologie ist das Studium der geographischen Verteilung der einzelnen Seuchen auf Länder und Rassen und die Verzeichnung der Wanderzüge der einzelnen spezifischen Formen. Es ist für uns beschämend, daß die historisch geographische Pathologie von August Hirsch seit einem Vierteljahrhundert keine neue Auflage erfahren hat, und es ist um so dringender, diese Lücke auszufüllen, als durch die Kolonisationsbestrebungen der europäischen Reiche, durch die Erweiterung unseres Wissens mittels bakteriologischer Methoden und durch das Aufblühen der Tropenhygiene die Summe unserer Kenntnisse eine ganz erhebliche Bereicherung erfahren hat. Zur Vervollständigung muß übrigens auch der Gang der Epizootien herangezogen werden.

Eine dritte Aufgabe ist die rein beschreibende Registrierung der individuellen Eigenschaften einer jeden einzelnen Seuchenform auf der Grundlage der Massenbeobachtung. Hierzu gehören die Angaben über das Verhalten der Seuchen zur Jahreszeit, zu Lebensaltern und Geschlechtern, die Verteilung auf die einzelnen sozialen Schichten der Bevölkerung, die Feststellung des Vorhandenseins oder Fehlens von Beziehungen zur unbelebten Umgebung, die Immunität oder gesteigerte Disposition der Örtlichkeit. Zu diesem Abschnitt gehört ferner die Feststellung der Form der Seuchenkurve, nämlich die graphische Darstellung des Zeitraumes, innerhalb dessen die verschiedenen Seuchen ausbrechen, ansteigen und wieder abklingen, der Gesetzlichkeit oder Gesetzlosigkeit ihrer Wiederkehr. Es gehört schließlich hierzu die zahlenmäßige Feststellung des Verhältnisses der Erkrankungen zur Gesamtbevölkerung und zu der Zahl der der Erkrankung ausgesetzten Bevölkerungsschichten (Kontagionsindex).

Ein anderes Gebiet der Seuchenkunde berührt sehr eng die Aufgaben der Klinik, nämlich die Feststellung des Zeitraumes der Inkubation, der Krankheitsdauer, der Lebensgefahr nach Alter und Geschlecht, des schließlichen Ausganges, der Zusammengehörigkeit der einzelnen Seuchenformen nach klinisch-ätiologischen Gesichtspunkten, zuletzt noch die Feststellung des Verhaltens der Genesenen gegenüber der Gefahr einer erneuten Infektion.

Eine der wichtigsten Seiten des Seuchenproblems ist die der Ätiologie der einzelnen Formen. Unter strengster Wahrung des zuerst von Hueppe und Ottomar Rosenbach begründeten und später von mir in meiner „Allgemeinen Epidemiologie"[1]) und von Martius in seiner „Pathogenese" vertretenen Standpunktes, daß die spezifischen Erreger Krankheitserscheinungen nur auf dem Boden einer vorher vorhandenen Anlage auszulösen vermögen, muß doch die grundlegende Förderung dieser Seite des Seuchenproblems durch die Entdeckungen der Bakteriologie nachdrücklichst betont werden. Lediglich mit Hilfe der bakteriologischen Methoden ist es jetzt möglich, die Beziehungen der uns größtenteils bekannt gewordenen mikroparasitären Krankheitserreger zur Außenwelt, die Art ihrer Übertragung vom Erkrankten zum Gesunden direkt oder durch belebte und unbelebte Zwischenträger, die Ausscheidungswege aus dem Körper der Erkrankten, die Bedeutung der Rolle der gesund gebliebenen „Bakterienträger" näher zu erforschen. In glücklichster Weise ergänzen und kontrollieren sich hier gegenseitig die Methoden der indirekten Massenbeobachtung und der direkten bakteriologischen Durchforschung des Einzelfalles.

Schließlich ist es noch die Aufgabe der Epidemiologie, für jede individuelle Seuche die Maßnahmen der Bekämpfung zu verzeichnen, kritisch an der Hand der Wirklichkeit zu betrachten und die Beobachtung mit den experimentell begründeten Vorschlägen ins Gleichgewicht zu bringen. Daß sie hier ihre Aufgabe mit den Ratschlägen zur Vernichtung des belebten Kontagiums nicht für abgeschlossen ansieht, sondern über diese hinaus auch die Berücksichtigung der mittelbaren inneren und äußeren Ursachen und die Behandlung der Folgen einer Epidemie zu ihren Aufgaben rechnen muß, das bedarf in der heutigen Zeit der nachdrücklichsten Hervorhebung.

Mit dieser Aufzählung sind zur Not die Aufgaben erschöpft, welche der Epidemiologie als Gegenstand des Unterrichts zu-

---

[1]) Leipzig, Wigand, 1897.

fallen, ganz und gar aber nicht die Aufgaben der Forschung. Hier können die Berührungspunkte zwischen Seuchenlehre und anderen Forschungsgebieten nicht weit genug gezogen werden. Von größtem Interesse ist die Verfolgung der Beziehungen zwischen Seuchenausbrüchen und Rassenbildung, die Frage der Auslese durch epidemische Krankheiten und der Anpassung der einzelnen Rassen an endemische symbiotische Kontagien. Es scheint ein durchgehendes, von Ausnahmen natürlich nicht freies Gesetz zu sein, daß gegen dauernd vorhandene endemische Kontagien eine relative Immunität der Autochthonen besteht, welche den Einwanderern abgeht. Für diese Erscheinung hat E. Ziegler[1]) auf Grund der Weismann'schen Theorien die Hypothese aufgestellt, daß, da erworbene Eigenschaften nicht vererbbar sind, wohl aber erblich überkommene, diese Anpassung durch allmähliche Ausmerzung der hinfälligen Individuen im Verlauf langer Zeiträume zustande gekommen ist. Dieser Theorie hat R. Koch eine andere gegenübergestellt. Nach Koch kommt die Rassenimmunität der Autochthonen gegenüber den endemischen Kontagien ihrer Heimat dadurch zustande, daß sie als Kinder die Krankheit erwerben und nun als Erwachsene infolge erworbener individueller Immunität nicht zum zweiten Male befallen werden. Die Unrichtigkeit dieser Theorie haben für Malaria A. Plehn,[2]) für Abdominaltyphus Jürgens[3]) dargetan. Trotzdem hat sie Koch[4]) jüngst für die afrikanische Rekurrens von neuem aufgenommen und durch diese Behauptung die Möglichkeit, ihre Unrichtigkeit allgemein zu erweisen, erleichtert. Denn die Koch'sche Theorie setzt eben die Tatsache voraus, daß das Überstehen einer Krankheit in der Kindheit oder später überhaupt gegen die spätere Wiedererkrankung schützt. Diese Tatsache ist aber schon bei Malaria und Abdominaltyphus recht zweifelhaft.[5]) Bei Rekurrens vollends macht Koch die durchaus nicht zutreffende Angabe, diese erworbene Immunität sei „etwas fest Gegebenes" und es entspräche den Erfahrungen aus den früheren Rekurrensepidemien, „daß die Kranken, die den Rekurrens überstanden haben, gegen eine nochmalige Erkrankung

---

[1]) Können erworbene Eigenschaften vererbt werden? etc. (Jena, Fischer, 1886).

[2]) Die Malaria der afrikanischen Bevölkerung, besonders in bezug auf die Immunitätsfrage. Jena, Fischer, 1902 und D. med. Woch., 1901.

[3]) Festschrift f. Leuthold l. c.

[4]) Berl. klin. Woch., 1906, Nr. 7.

[5]) A. Gottstein, Die erworbene Immunität bei den Infektionskrankheiten des Menschen. Berliner Klinik 1897, H. 111.

geschützt waren". In Wirklichkeit ist das Gegenteil richtig: hier haben alle Autoren, welche die Krankheit beobachteten, das Fehlen einer erworbenen Immunität festgestellt. Das berichten nicht nur Griesinger[1]) in seiner klassischen Arbeit über das Rückfallsfieber und ältere englische Forscher; sondern auch Autoren, welche nach der Entdeckung der Spirochaeten Gelegenheit zu Beobachtungen hatten, betonen ausdrücklich dieses Fehlen der Immunität, wie Seitz,[2]) Weichselbaum,[3]) B. Spitz[4]) und M. Litten.[5]) Die ganze Frage ist deshalb so wichtig, weil die Ziegler'sche Theorie das Verständnis des Mechanismus ermöglicht, durch welchen im Laufe langer Zeiträume die Gattung Mensch die Gefahr der ihr symbiotischen belebten Parasiten überwindet und sie allmählich aus Kontagien in Wohnparasiten verwandelt, wie solche für uns schon jetzt die Eiterbakterien und Kolibazillen sind und wie auch die Malariaplasmodien nach A. Plehn bei den Negern vielfach keine andere Bedeutung haben.

Das Studium der Beziehungen der Seuchenkunde zur Literatur, Kunstgeschichte, Politik und Psychologie mag Liebhabern von Sonderstudien vorbehalten bleiben; von allgemeiner Wichtigkeit sind aber noch die Berührungspunkte der Epidemiologie mit der Kulturgeschichte. Bringt doch z. B. Haeser,[6]) um nur ein Beispiel anzuführen, die erfolgreiche Abschaffung des geistlichen Cölibats mit der Syphilispandemie zu Ende des 15. Jahrhunderts und der durch ihre Verheerungen hervorgerufenen Erstarkung der sexuellen Moral in Verbindung.

VI.

Gewerbehygiene.

Die Gewerbehygiene gehört zum Arbeitsgebiete der Sozialen Hygiene, denn sie behandelt die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen, insoweit sie durch deren berufliche Beschäftigung beeinflußt wird. Bisher ist die Gewerbehygiene stets als ein wichtiger Abschnitt der Gesamthygiene betrachtet und ihrer Bedeutung entsprechend auch sorgfältig behandelt worden. In großen

[1]) Virchow's Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, II. 2. 1864.
[2]) Handbuch von Niemeyer-Seitz, 1877, Bd. II, S. 685.
[3]) Epidemiologie. Jena, Fischer, 1899.
[4]) Die Rekurrensepidemie in Breslau. Schottländer. 1879.
[5]) D. Arch. f. klin. Med., Bd. 12.
[6]) Haeser, Bd. III, S. 315.

Lehrbüchern, wie dem von Rubner, finden alle ihre Probleme eingehende Besprechung; die Hauptbetriebe werden dem Verständnis des Arztes durch ausführliche Darstellung und zahlreiche Abbildungen näher gerückt. In den kleinen Lehrbüchern ist für diesen Abschnitt freilich nicht stets genügender Raum; immerhin ist z. B. in dem Leitfaden von Gärtner die Darstellung noch zureichend. Überdies wird die Gewerbehygiene in zahlreichen Monographien, deren Titel sich bei Rubner und in dem „Gewerbearzt“ von Sommerfeld[1]) angegeben finden, abgehandelt. Unter diesen Werken sei besonders das kleine „Kompendium der Gewerbekrankheiten“ von E. Roth[2]) hervorgehoben. Auch seitens der Unterrichtsverwaltung wird der Gewerbehygiene eine große Wichtigkeit beigemessen; denn es ist an einigen Universitäten neuerdings jüngeren Dozenten der Hygiene ein besonderer Lehrauftrag für dieses Gebiet erteilt worden und auch an den technischen Hochschulen werden eigene Vorlesungen gehalten. Die Gewerbehygiene ist somit bisher das einzige Spezialgebiet, das offiziell von der Gesamthygiene abgetrennt worden ist; damit ist aber im Prinzip die Teilbarkeit der Hygiene zugestanden. Die Gewerbehygiene verfügt über eine Geschichte von mehr als zweihundert Jahren und schon in verhältnismäßig früher Zeit sah sich die Gesetzgebung veranlaßt, Bestimmungen zum Schutz der Gesundheit der Arbeiter im Betriebe zu erlassen, nachdem die Beobachtung die Gefährlichkeit einiger häufig vorkommender Gifte und Betriebsweisen nachgewiesen hatte. Eine ausführliche Darstellung ihrer Geschichte und der legislatorischen Tätigkeit gibt H. Eulenberg in der Einleitung zu seinem großen Handbuch der Gewerbehygiene.[3]) In den drei Jahrzehnten seit dem Erscheinen dieses Werkes aber ist jener industrielle Aufschwung eingetreten, welcher zu dem Schlagwort von der Umwandlung des Agrarstaates in den Industriestaat geführt hat; zahlreiche technische Entdeckungen haben ganz neue Betriebsweisen erstehen lassen, welche die gesundheitlichen Gefahren vervielfältigt haben. Seitdem sind weiter die Arbeiterschutz- und Versicherungsgesetze eingeführt worden, welche die finanzielle Haftung des Arbeitgebers von Grund aus verändert und sein materielles Interesse an der Vorbeugung gesteigert haben. Schließlich ist auch die Aufgabe des Arztes eine

---

[1]) Jena, Fischer, 1905.
[2]) Berlin, Schötz, 1904.
[3]) Berlin, Hirschwald, 1876.

ganz andere geworden. Als Kassenarzt bedarf er viel eingehenderer Kenntnisse der gesundheitlichen Gefahren, die in der Ätiologie der von ihm beobachteten Krankheitsfälle von Bedeutung sind; noch viel mehr ist diese Kenntnis Voraussetzung für die ihm jetzt zufallende Tätigkeit als Gutachter; überdies eröffnet sich dem Arzt in nicht zu ferner Zukunft ein neues Feld praktischer Tätigkeit als „Gewerbearzt“, als Gesundheitstechniker für den industriellen Großbetrieb. — Die Aufgaben, welche die Gewerbehygiene zu behandeln hat, sind also derart angewachsen, daß dieser Zweig mit der ihm gebührenden Aufmerksamkeit innerhalb des Rahmens der Gesamthygiene auf die Dauer kaum mehr wie bisher gepflegt werden kann, selbst wenn man alles nicht unbedingt Zugehörige ausscheidet. Man kann dem verdienten Vertreter der Gewerbehygiene in München, M. Hahn,[1] darin beistimmen, daß die Unfallverhütung nicht Sache des Hygienikers sondern des Technikers ist, da nur er die Ursache der Unfälle festzustellen vermöge und nur er in der Lage sei, auch die richtige Abhilfe zu treffen. Man kann auch die Behandlung der Unfälle als Aufgabe des Chirurgen und nicht als die des Hygienikers erklären und damit von der eigentlichen Gewerbehygiene abtrennen. Und auch die Gutachtertätigkeit hat mit der Hygiene nichts zu tun. Aber selbst dann bleibt immer noch eine eigene große Spezialwissenschaft übrig, die nicht ohne weiteres in den Rahmen der Gesamthygiene hineinpaßt.

Wenn in der Einleitung die enge Zugehörigkeit der Hygiene zur Medizin damit begründet wurde, daß der stete Maßstab für die Schlußfolgerungen der Gesundheitslehre das Eintreten krankhafter Vorgänge ist, so zeigt sich dieser Zusammenhang mit der Medizin am schärfsten bei der Gewerbehygiene. Es ist daher kein Zufall, daß an dem Ausbau dieses Zweiges in den letzten Jahren nicht so sehr Hygieniker beteiligt sind wie die Vertreter der verschiedensten ärztlichen Spezialitäten. Um nur einige Namen deutscher Forscher aus den letzten Jahren zu nennen, so verdanken wir die Mehrung unserer Kenntnisse Hygienikern wie K. Lehmann und M. Hahn; Pharmakologen wie L. Lewin; Pathologen wie Chiari; Klinikern wie G. Merkel, Brauer, M. Sternberg; beamteten Ärzten wie Grandhomme und vor allem E. Roth; Statistikern wie Oldendorff, dessen ältere Arbeiten noch heute

[1]) Der gewerbehygienische Unterricht an Universitäten und technischen Hochschulen. Med. Reform, 1906, Nr. 29.

belangreich sind, ferner Prinzing und S. Rosenfeld; Volkswirten wie Francke, H. Albrecht und E. J. Neißer; Pädagogen wie Agahd; besonders umfangreich aber waren die Forschungen von Praktikern, die als Fabrik- und Kassenärzte ihre Beiträge lieferten, wie Th. Sommerfeld, M. Fürst, Brat, Teleky. Auch an dieser Stelle muß wie auf so vielen Gebieten der Sozialen Hygiene des zu früh verstorbenen Wolf Becher gedacht werden, dessen starkes Talent zur Lösung praktischer Fragen auch in Vorschlägen für die Organisation der Forschung auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten sich betätigte. Den Arbeiten der genannten Ärzte gesellen sich zahlreiche Beiträge aus der spezialärztlichen Kasuistik hinzu, zu denen z. B. Dermatologen (Chlorakne, Salzflechte, Berufsekzeme usw.), Ophthalmologen (elektrische Blendungen), Otologen (Schmiede, Lokomotivführer), Rhinologen (Chrom), Gynäkologen (Nähmaschinen), Chirurgen (Phosphornekrose), Neurologen (Blei) und innere Mediziner (Caissonkrankheit), zahlreichste Beiträge geliefert haben. Dieser enge Zusammenhang der Gewerbehygiene mit der gesamten Pathologie kommt auch dadurch zum Ausdruck, daß die meisten Speziallehrbücher der Gewerbehygiene, wie zum Teil schon aus deren Titel hervorgeht, im wesentlichen Lehrbücher der Gewerbekrankheiten sind. Es zeigt sich weiter auch in dem Vorschlag von M. Hahn (l. c.), daß der Unterricht in der Gewerbehygiene im Anschluß an klinische Demonstrationen von Gewerbekrankheiten stattfinden solle.

Der Hauptabschnitt der Gewerbehygiene ist also die Lehre von den Gewerbekrankheiten. Diese Krankheiten sind ätiologisch unmittelbar oder mittelbar mit der Art der Beschäftigung verknüpft. Eine Reihe von Schädlichkeiten sind vielen Betrieben gemeinsam, oder durch die Arbeit im Massenbetrieb überhaupt hervorgerufen, wie Erkältungsgefahren, Hitzewirkung, Überanstrengungen des Herzmuskels, Staubinhalationen. Die größere Zahl der Berufsgefahren haftet spezifisch dem betreffenden Betriebe und den aus ihr erwachsenden, chemischen, physikalischen, gelegentlich auch mikroparasitären Schädlichkeiten (Hadernkrankheit, Milzbrand der Pinselarbeiter, Wurmkrankheit) an. Zur Ergründung des ursächlichen Zusammenhanges ist wenigstens für den Forscher und Lehrer eine Berücksichtigung der technischen und wirtschaftlichen Seiten des Betriebes erforderlich.[1]) Es ist darum durchaus

---

[1]) Lehrreiche Beispiele liefert z. B. der Aufsatz von Sternberg. Med. Ref., 1906, Nr. 49/50.

richtig, daß die meisten Verfasser von Lehrbüchern von den drei Einteilungsmöglichkeiten des Gebietes, nach Organen des Körpers, nach Krankheitsformen und nach technischen Betrieben, das letztere System bevorzugt haben.

An das Studium der Gewerbekrankheiten schließt sich unmittelbar die Lehre von deren Verhütung und Bekämpfung an. Auch hier ergibt das bisher vorliegende Tatsachenmaterial, daß eine erfolgreiche Arbeit nur durch die Beobachtung der praktischen Betriebsverhältnisse und nur ausnahmsweise auch noch durch Heranziehung der Laboratoriumsergebnisse, die z. B. gelegentlich ein wirksames Neutralisierungsmittel aufgenommener Giftstoffe an die Hand geben, geleistet werden kann. Zu diesem Abschnitt gehört die Erörterung der Lebensgewohnheiten der beteiligten Arbeiterschichten im täglichen Verkehr mit der ihnen drohenden Gefahr, der Kontrolle der staatlich vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen, der gesundheitlichen Überwachung und der Versorgung der Erkrankten.

Neben der Hauptaufgabe des Studiums der Gewerbekrankheiten zählen aber noch eine Anzahl von anderen Fragen zu dem Gebiete der Gewerbehygiene, die hier nur kurz aufgeführt werden sollen. Ein Teil von ihnen gehört durchaus ins Arbeitsgebiet der allgemeinen Hygiene, wie die Fragen der Beschaffenheit des Arbeitsraumes, seiner Beheizung, Beleuchtung, Ventilation, die Fragen der Arbeitsdauer, der Frauen- und Kinderarbeit, der Erholungsfristen; auch die Behandlung der Wohlfahrtseinrichtungen in weitestem Sinne rechnet hierzu. Eine andere, in der Neuzeit viel besprochene Frage ist die Feststellung der Grundsätze für die Prüfung der Neueintretenden auf ihre Eignung zu dem von ihnen erwählten Berufe, namentlich auch im Verhalten der Sinnesorgane und der Lungen. Ferner gehört es noch zu den wichtigsten Aufgaben der Gewerbehygiene, die Rückwirkung des industriellen Betriebes auf die Umgebung zu würdigen, und die Grenzen des erforderlichen Schutzes der Gesamtheit gegen gesundheitliche Bedrohung festzustellen. Hierher zählt die Belästigung der Umgebung durch Staub, Rauch, Gerüche und die große, gesundheitlich und wirtschaftlich gleich wichtige Frage der Flußverunreinigung durch industrielle Abwässer.

Schließlich kommt noch ein Problem in Betracht, welches ein Grenzgebiet der Volkswirtschaft berührt, aber doch noch seinen hygienischen Charakter bewahrt, nämlich die Beeinflussung der Gesundheit des ganzen Volkes durch die Zunahme der Industrie.

Diese überwiegend politische und mit Zuhilfenahme der Statistik zu behandelnde Frage erstreckt sich nicht nur auf das gesundheitliche Verhalten der beteiligten Bevölkerung, sondern auch ihres Nachwuchses. Schon jetzt liegen eine Reihe von Arbeiten vor, welche namentlich den Gesichtspunkt der Wehrfähigkeit und ihrer Beeinflussung durch die Zunahme der Industrie behandeln. Diese Arbeiten sind ausführlich in Prinzings Handbuch der medizinischen Statistik im Abschnitt über Militärtauglichkeit kritisch besprochen, und nur die neuere wichtige Arbeit von Abelsdorff,[1] auf die hier ausdrücklich verwiesen werden soll, wird von Prinzing noch nicht erwähnt.

Das Gebiet der Gewerbehygiene ist in der letzten Zeit so angewachsen, daß man schon jetzt für nötig gefunden hat, es von der Gesamthygiene als Gegenstand eines besonderen Lehrauftrages abzutrennen. Es berührt sich in seinem Hauptabschnitt der Berufskrankheiten mit soviel Spezialzweigen der praktischen Medizin, daß es keinem dieser Zweige zufallen darf, sondern die gesonderte Sammlung des beigebrachten Tatsachenmaterials durch eigene Kräfte verlangt. Es beansprucht im übrigen so sehr die Heranziehung von Erfahrungen der Volkswirtschaft, daß seine Angliederung an die Soziale Hygiene eine natürliche Forderung ist. Da aber die Gewerbehygiene als Gegenstand des Unterrichts „Etwas von der hygienischen Wissenschaft Abtrennbares“ geworden ist, so kann auch unserer weitergehenden Forderung der Abtrennung jener Gesamtdisziplin, von der die Gewerbehygiene nur einen Teil bildet, kaum noch länger ein begründeter Widerstand entgegengebracht werden.

VII.

Weitere Aufgaben der Sozialen Hygiene.

Da es zum angebotenen Beweise von der Selbständigkeit der Sozialen Hygiene nach den bisherigen Auseinandersetzungen wohl kaum noch weiterer Tatsachen bedarf, so sollen hier einige andere größere Abschnitte dieser Sonderwissenschaft, deren Erwähnung nicht unterlassen werden darf, nur ganz kurz angedeutet werden.

[1] Die Wehrfähigkeit zweier Generationen mit Rücksicht auf Herkunft und Beruf. Berlin, Reimer, 1905.

Von den Aufgaben, welche die medizinische Statistik zu leisten hat, sind wenige in der Gegenwart wichtiger, als die Schaffung einer Morbiditätsstatistik. Was hier an Ergebnissen vorliegt, findet sich sorgfältig in den oft angeführten Werken von Westergaard und Prinzing aufgezählt; aber die Sichtung des großen deutschen und außerdeutschen Materials legt nur die großen Lücken, die noch bestehen, bloß. In nicht zu ferner Zukunft haben wir von der Untersuchung, die auf Kosten des Reiches an dem Material der großen Leipziger Ortskrankenkasse angestellt wird, eine große Förderung unseres Wissens zu erwarten. Doch wird hier nicht eher ein grundsätzlicher Fortschritt erreicht werden, ehe man sich nicht ganz scharf über das System geeinigt hat, welches den Betrachtungen über die Morbidität zugrunde gelegt werden soll. An sich hängt die Wahl eines Systems ganz von den Zielen ab, denen man nachgeht und jedes System kann ein natürliches sein, wenn es dem beabsichtigten Zwecke gut angepaßt ist. Der Großhändler mit ausländischen Waren wird die Pflanzenwelt in ein ganz anderes System bringen als der Botaniker, und doch sind beide für ihren Wirkungskreis im Recht. Bei der Aufstellung eines Systems der Morbiditätsstatistik kann man sich immer noch nicht entschließen, von derjenigen Systematik abzugehen, die für die Todesursachen sich bewährt hat. Solange man aber mit diesem Prinzip nicht von Grund auf bricht, schwindet die Aussicht auf praktische Ergebnisse. Das medizinische System der Todesursachenstatistik, deren folgerichtige Grundlage eine Mischung ätiologischer, klinischer und anatomischer Gesichtspunkte ist, verträgt aus Gründen, die ich in zwei Aufsätzen der Medizinischen Reform[1]) auseinandergesetzt habe, nicht die Uebertragung auf die Krankheiten. Die Krankheit ist ein durchaus subjektiver Begriff und kommt nur dann zur Kenntnis, wenn der Betroffene sich beim Arzte meldet. Dazu sieht sich der Neurastheniker bei jeder Kleinigkeit veranlaßt, mancher Phthisiker und Nephritiker kaum kurz vor dem Tode, und einige Krankheiten von größter Lebensbedrohung, wie z. B. Arterien-Erkrankungen (Aneurysmen) und Psychosen (Selbstmord), kommen oft überhaupt erst durch den Eintritt des Todes zur Kenntnis. Die meisten Krankheiten sind nur für das Individuum von Belang; von allgemeiner Bedeutung werden sie erst, wenn sie

[1]) Medizin. Ref., 1904, Nr. 19 und 1905, Nr. 6. Im neueingeführten amtlichen Schema fehlen z. B. Taubstummheit, Farbenblindheit und Verstümmelungen, die kein individuell therapeutisches Interesse, dagegen hervorragende sozialmedizinische Bedeutung besitzen.

durch ihre Ansteckungsfähigkeit eine allgemeine Gefahr bilden, oder durch ihre Dauer oder ihren Ausgang in Tod oder Arbeitsunfähigkeit einen Aufwand aus allgemeinen Mitteln beanspruchen; oder endlich, wenn ein Zusammenhang zwischen ihrer Entstehung und vermeidbaren Berufsgefahren besteht. Nur diese drei Gesichtspunkte interessieren die Allgemeinheit und mit ihr die Soziale Hygiene: die meisten anatomischen und pathogenetischen Gesichtspunkte haben nur Interesse für den behandelnden Arzt. Eine Morbiditätsstatistik, welche sozialhygienische Interessen verfolgt, muß also ein System zugrunde legen, welches die oben genannten Gesichtspunkte berücksichtigt. Wie leicht das bisher geltende nosologische System diesen Anforderungen angepaßt werden kann, habe ich l. c. angeführt.

Eine weitere Aufgabe der Sozialen Hygiene ist das Studium der gesundheitlichen Wechselverhältnisse von Stadt und Land.

Dieses Gebiet ist in den letzten Jahren vielfach eingehend behandelt worden, bedarf aber noch weiterer Vertiefung. Von größeren Arbeiten auf diesem Gebiete seien abgesehen von dem schon zitierten Aufsatze von Rubner die folgenden Werke hervorgehoben, weil sie teils methodische Beiträge, teils ausführliche Literaturangaben bringen: F. Weleminsky, über Aklimatisation in Großstädten [1]; R. Thurnwald Stadt und Land im Lebensprozeß der Rasse [2]; L. Bauer, Der Zug nach der Stadt und die Stadterweiterung [3]; ferner die statistischen Untersuchungen von Ballod und Bleicher. [4]

An diesen großen hier nur erwähnten Abschnitt schließt sich unmittelbar die in stetem Fortschritt begriffene Kommunalhygiene an. Gerade die Städtehygiene ist geschichtlich wie inhaltlich auf das engste mit der Gesamthygiene verknüpft. Die gesundheitliche Not der Städter veranlaßte deren Behörden von der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts an, auf rein empirischer Grundlage jene Maßnahmen der Bodenreinigung und Wasserversorgung zu schaffen, deren Erfolge der etwas später erstehenden Gesundheitsforschung starken Rückhalt gaben.

Umgekehrt kommen gerade die Ergebnisse der biologisch-experimentellen Hygiene den zahlreichen sanitären Einrichtungen, welche der Gemeinsinn der Städte schuf, zugute und wenn man

---

[1]) Arch. f. Hygiene, Bd. 36.
[2]) Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, Bd. I.
[3]) Stuttgart, Kohlhammer, 1904.
[4]) Literatur bei Prinzing, S. 452.

die wissenschaftlichen Grundlagen aufführt, auf denen die private Wohnungshygiene wie die öffentlichen Werke der Städte beruhen, so muß man immer wieder auf jenen großen Abschnitt der Hygiene zurückgreifen, deren Ausbau wir namentlich der Pettenkoferschen und Rubnerschen Schule verdanken. Hier haben jahrzehntelange Wechselbeziehungen erfolgreicher Arbeit eine Interessengemeinschaft geschaffen, die so eng ist, daß die Soziale Hygiene keinen Anspruch hat auf Mitwirkung an dem, was bis heute auf diesem Gebiete geleistet worden ist. Hier stehen wir vor einem fertigen Werke, bei dessen Erweiterung in Einzelpunkten die biologische Hygiene keiner Hilfe bedarf. Das Arbeitsfeld der Sozialen Hygiene beginnt erst da, wo die Leitungen der Städte ihre Aufgaben zur Fürsorge der Gesundheit der Einwohner mit modernem Empfinden über das Mindestmaß der Pflicht hinaus erweiterten durch die Durchführung der Idee, daß auch in der Armenpflege die Vorbeugung organisiert werden müsse. Diesem Ziele dienen die zahlreichen gemeindlichen sozialhygienischen Einrichtungen, deren früher gedacht worden ist.

Auf den Ergebnissen der Gesundheitswissenschaft hat sich aber in den großen Gemeinden eine systematische Gesundheitswirtschaft aufgebaut, die so umfangreich und wichtig geworden ist, daß deren Organisation insgesamt und in den einzelnen Abschnitten eines gesonderten Studiums bedarf. Die Ansprüche an die Versorgung der beteiligten Bevölkerungsschichten ändern sich mit der Größe der Gemeinden, mit ihrer sozialen Zusammensetzung, mit ihrer wirtschaftlichen Lage, sowie mit der beruflichen Gliederung ihrer Einwohner. Auch hier wieder häuft sich eine Fülle von Fragen, deren wissenschaftliche Behandlung eine dringende Forderung an die Gesundheitsforschung ist, deren Erörterung aber im Rahmen der Gesamtwissenschaft nicht über den genügenden Spielraum verfügt.

Auch der neu erstehende Sonderzweig der Versicherungsmedizin, dessen Pflege die gleichnamige Sektion des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft dient, berührt das Arbeitsgebiet der Sozialen Hygiene. Die Veröffentlichungen des jüngst in Berlin abgehaltenen IV. internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin geben ein Bild von der Reichhaltigkeit der hier vorliegenden Probleme. Ein großer Teil der zur Erörterung gekommenen Fragen scheidet aus, soweit es sich um Krankheitsvorgänge und ihre Beurteilung handelt, da diese zur Sozialen Medizin gehören. Das Material der Lebensversicherungsgesell-

schaften aber ist eine wertvolle Fundgrube für die prinzipielle Erörterung wichtiger hygienischer Probleme; darauf hat schon vor Jahren P. Börner hingewiesen, das beweisen neuerdings zahlreiche Arbeiten, wie diejenigen von W. Weinberg und Anderen, vor allem die Untersuchungen der Ärzte der Gothaer Lebensversicherungsbank Florschütz und Gollmer.[1]) Wir erhalten hier genauen Aufschluß über die Mortalitätsverhältnisse der Lehrer, Ärzte, Geistlichen usw. und die Gründe der Unterschiede, über die Bedeutung der Syphilis und des Alkohols als Ursache der Lebensverkürzung usw.

Auch die prinzipiell und praktisch wichtige Frage der Degeneration und Regeneration soll hier nur erwähnt werden. Sie ist neuerdings ausführlich von A. Grotjahn[2]) monographisch dargestellt worden und auch Prinzing hat sie in seinem Handbuch der medizinischen Statistik in einem eigenen Abschnitte kritisch behandelt. Ganz überflüssigerweise ist diese bedeutungsvolle Frage mit leidenschaftlichen Erörterungen über den Nutzen oder Nachteil hygienischer Maßnahmen verquickt worden; wie nüchtern dieses Problem behandelt werden kann, beweisen die schon angeführten englischen Verhandlungen.[3])

Auch ein letztes Kapitel der „Sozialen Hygiene", eines der allerwichtigsten, kann hier nur ganz kurz angedeutet werden, die Hygiene der Fortpflanzung. An sich wäre es der erwünschtere Zustand, wenn gerade dieses Gebiet lediglich der allgemeinen Hygiene vorbehalten bleiben könnte. Es muß hier geradezu als eine bedauerliche Tatsache gelten, wenn tausende laute Stimmen, berufen und nicht berufen, Abhilfe gegen die Störungen der normalen Voraussetzungen durch soziale Einrichtungen fordern. Es ist ein unhygienischer Zustand, wenn die gesellschaftliche Entwicklung es erschwert, daß der normale Geschlechtstrieb lediglich in den Dienst der Erzeugung einer gesunden, legitimen Nachkommenschaft gestellt wird; wenn unsere männliche Jugend, an der rechtzeitigen Eheschließung durch ihre wirtschaftliche Lage gehindert, Gefahr läuft, entweder durch den Verkehr mit der Prostitution die eigene Gesundheit, die ihrer späteren Gattin und des Nachwuchses zu gefährden, oder wenn sie einen Nachwuchs

---

[1]) Karup, Gollmer u. Florschütz, Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank. Jena, Fischer, 1902. Vgl. auch mein Referat in Ztschr. f. Soz. Med., I, S. 260.

[2]) Soziale Hygiene und Entartungsproblem. Jena, Fischer, 1904.

[3]) Fehlinger, Politischanthropol. Revue, V, 3.

unehelicher Kinder unter ungünstigen Bedingungen des späteren Fortkommens erzeugt. Die Gegenseite ist das sterile Hinwelken zahlreicher zur Fortpflanzung gut geeigneter Mädchen aus wirtschaftlicher Not und die Gattenwahl nach den Gesichtspunkten eigenen materiellen Vorteiles ohne Rücksicht auf die Voraussetzungen für das Gedeihen des Nachwuchses. Die Soziale Hygiene darf an solchen Zuständen nicht achtlos vorübergehen, aber als Wissenschaft hat sie nur nach Zahl und Maß zu schließen, unberührt von der Agitation des Tages, welche mit Leidenschaft und Feuer Resolutionen beschließt und dabei die quantitative Bewertung durch den Vergleich unterläßt. Daß die Geschlechtskrankheiten als Volksseuchen heute sorgfältiger beachtet werden, ist freudig zu begrüßen; ob sie heute häufiger sind als früher, ist mindestens zweifelhaft. Für die enorme Verbreitung dieser Leiden unter der männlichen Jugend der großstädtischen Bevölkerung werden gewöhnlich die Zahlen von Blaschko angeführt, gegen deren Zutreffen ich schon 1897 in meiner „Allgemeinen Epidemiologie“ und, soweit die Gonorrhoe in Betracht kommt, jüngst Erb[1]) Bedenken erhoben haben. Jedenfalls war es in den Städten vor hundert Jahren nicht besser, denn die „schöne Seele“ in Goethes Wilhelm Meister wußte schon, „daß mit den meisten dieser leidigen Burschen nicht allein die Tugend, sondern auch die Gesundheit eines Mädchens in Gefahr sei,“ und in meinem Aufsatz über „Berlins hygienische Zustände vor hundert Jahren“[2]) findet sich ein Zitat, nach dem schon damals die Zahl der infizierten jungen Leute auf 95% geschätzt wurde. Was ferner die Gefahr der erblichen Übertragung der Syphilis betrifft, so fehlen uns überhaupt noch sichere Zahlen als Unterlagen; Spezialkliniken, welche nur von den positiven Fällen Kenntnis erhalten oder nur sozial tiefstehende Bevölkerungsschichten aufnehmen, erhalten kein richtiges Bild; nur Sammelforschungen von Hausärzten könnten Aufschluß geben; nach meinen persönlichen Erfahrungen in 25jähriger hausärztlicher Praxis bleibt der größere Teil des Nachwuchses von Vätern, deren Syphilis gründlich geheilt war, von der erblichen Übertragung der Krankheit verschont. Aber selbst wenn sich herausstellen sollte, daß im guten Kampfe die Agitatoren die Zahlen gegenüber der Wirklichkeit irrtümlich um das Doppelte zu hoch geschätzt hätten, so ist darum das Übel noch immer groß und ernst genug.

---

1) Münch. med. Woch., 1906, Nr. 48.

2) D. med. Woch., 1906, Nr. 22.

Auch gegen die übrigen sozialen Hindernisse eines erwünschten Zustandes der sexuellen Hygiene setzt in der Gegenwart eine eifrige Propaganda aus ganz verschiedenartigen Beweggründen ein, von denen die Soziale Hygiene besonders die Vorschläge zur gesundheitlichen Überwachung der Eheschließung, eventuell durch gesetzliche Zwangsmaßregeln interessieren. In wissenschaftlicher Form werden diese Fragen z. B. von A. Plötz in seinem Werke „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“ [1]), von Galton [2]) und von R. Koßmann in seinem lesenswerten Werke über „Züchtungspolitik [3]) ausführlich behandelt. Unserer Zeit erscheint gerade auf diesem Gebiete der Zwang wenig annehmbar; aber oft genug hat eine mächtige geistige Bewegung die Auffassung der Bevölkerung derart umgewandelt, daß die nächste Generation als selbstverständliche Pflicht, als unerläßliche moralische Forderung diejenigen Einschränkungen sich freiwillig auferlegte, welche ihre Vorfahren nur auf dem wenig sympathischen Weg des gesetzlichen oder polizeilichen Zwanges durchsetzen zu können glaubten.

Schluß.

In den abgehandelten Abschnitten ist ein großes Material beigebracht worden zur „Propaganda für das Ziel der Schaffung einer neuen Disziplin“. Da für eine solche Aufgabe die Subjektivität der Darstellung durchaus zulässig war, sind die einzelnen Abschnitte inhaltlich ungleichmäßig behandelt worden, was nicht angängig gewesen wäre, wenn die Absicht bestanden hätte, einen „Grundriß der Sozialen Hygiene“ zu verfassen. Dazu ist es aber noch zu früh. Nur einige wenige Abschnitte, nämlich gerade die hier ausführlicher dargestellten, zeigen schon heute Abrundung; bei den übrigen handelt es sich vielfach um Probleme und Aufgaben, um „Bebauungspläne“, über deren Form allerdings schon Klarheit herrscht. Wir verlangen darum heute noch nicht die Aufnahme in die bestehende Organisation des Unterrichtes, sondern begnügen uns mit dem Nachweise, daß die Ziele, die wir uns gesteckt, aus eigenem Streben heraus, ohne die Gunst und Förderung

[1]) S. Fischer, Berlin 1895.

[2]) Entwürfe zu einer Fortpflanzungshygiene (Eugenik). Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, II, 5 u. 6, 1905.

[3]) Verlag Renaissance, Lehmann, 1905.

der offiziellen Kreise. der Arbeit wert sind. Haben wir heute noch um die Anerkennung zu ringen, so wird sie uns eine sehr nahe Zukunft freiwillig entgegenbringen. Wenn die sozialhygienische Forschung weiter streng an den Grundsätzen der naturwissenschaftlichen Methodik festhält. wenn sie unbeeinflußt von politischen Parteiprogrammen oder leidenschaftlich erörterten Tagesproblemen, aber auch nicht abgelenkt durch den Glanz medizinischer Modeströmungen den Zusammenhang der Vorgänge nach Zahl und Maß prüft, so ist ihr Ausbau nichts als eine Pflicht des ärztlichen Standes gegen die Gesellschaft, die von ihm eine Beschäftigung mit ihren Lebensfragen dringend verlangt. Die Auffassung der heutigen Gesellschaft vom Werte des Lebens steht im stärksten Gegensatze zu derjenigen früherer Zeitabschnitte. Wir bewerten das irdische Dasein höher als unsere Vorgänger, lediglich weil es jetzt der Mühe Wert ist. Wir sind weniger bedroht von unvermeidlichen Gefahren, die uns fatalistisch machen, denn die plötzlichen Todesbedrohungen durch politische Wirren, Gewalttaten, Seuchen, Naturereignisse haben erheblich abgenommen und brauchen nicht besonders gefürchtet zu werden. Es lohnt jetzt, das Leben wohnlich zu gestalten und auf seine Erhaltung und Verlängerung Wert zu legen. In den Kreisen unserer modernen Zivilisation ist darum der Hygieniker im Begriff, diejenige Stellung im Volksempfinden einzunehmen, welche vor ihm der Priester besaß. Man erkennt diesen Zusammenhang der Entwicklung leicht durch den Vergleich mit dem seelischen Verhalten solcher Bevölkerungsgruppen, die noch heute stündlich Gefahr laufen, den Naturgewalten zu erliegen. So stellt der Alpenbewohner sein ganzes, nicht geringes Empfinden für Schönheit und höhere Güter in den Dienst des Todeskultus; sein Leben ist stetig zu sehr bedroht, als daß es großen Wert hätte, viel Kraft auf dessen erträgliche Ausgestaltung zu verschwenden und sein treuester Berater und Freund ist nicht der Arzt, sondern der Priester.

Ein zweiter Grund der höheren Einschätzung des Einzellebens ist wichtiger, denn von einer möglichst großen Zahl wettbewerbsfähiger Einzelindividuen hängt im Kampfe der Völker das Schicksal der einzelnen Nationen ab. Nicht „Humanitätsdusel“ oder das berühmte „soziale Empfinden“, sondern nüchterne Rechnung veranlaßt die sorgsamere Wartung des spärlicher werdenden Nachwuchses und den Schutz der Lebenden vor verfrühter Abnutzung, um über genügend zahlreiche und kräftige Hände im friedlichen, wie im kriegerischen Wettbewerb in Gegenwart und Zukunft zu

gebieten. Auf der Pariser Weltausstellung von 1900 stand im unmittelbaren Schatten eines riesigen Creuzot'schen Schiffsgeschützes ein zierlicher Pavillon, der eine Couveuseneinrichtung zur Erhaltung schwach geborener Säuglinge barg. Diese unbeabsichtigte Zusammenstellung gibt ein bezeichnendes Bild der einander widersprechenden und doch zusammengehörenden Bestrebungen unserer Zeit zur Erhaltung der Gesellschaft.

Bei der heutigen Auffassung vom wirtschaftlichen Werte des gesunden Einzellebens für die höhere Einheit der Gesellschaft ist der Arzt nicht mehr nur ein Linderer der Leiden des Individuums sondern einer der wichtigsten Berater der Gesellschaft in ihrem Ringen nach Fortschritt und Kultur. Die Wissenschaft hat für diese Aufgabe dem Arzte das Rüstzeug bereit zu stellen, sie hat die Methoden auszubilden, deren Ergebnisse es ihm ermöglichen, seinen Wirkungskreis zu erweitern. Ihre Ziele erstrecken sich hierbei nach zwei Richtungen. Sie hat nicht bloß wie die öffentliche Gesundheitspflege die Pflichten und Lasten zu bestimmen, die der Einzelne im Interesse des Fortschrittes der Gesamtheit auf sich zu nehmen hat, sie hat weiter auch die Rechte des Einzelnen, der als Teil der Gesellschaft Gefahr läuft, von ihr unterdrückt zu werden, zu sichern und so viel als möglich zu erhöhen. Es ist ihre besondere und dankbarste Aufgabe, die Grenzen festzustellen, die nirgends überschritten werden dürfen, wenn nicht der Bewegungs- und Entwicklungsfreiheit des Einzelnen innerhalb der weiterschreitenden Reihen ein für ihn selbst unerträglicher und für die Gesamtheit nicht förderlicher Zwang auferlegt werden soll.

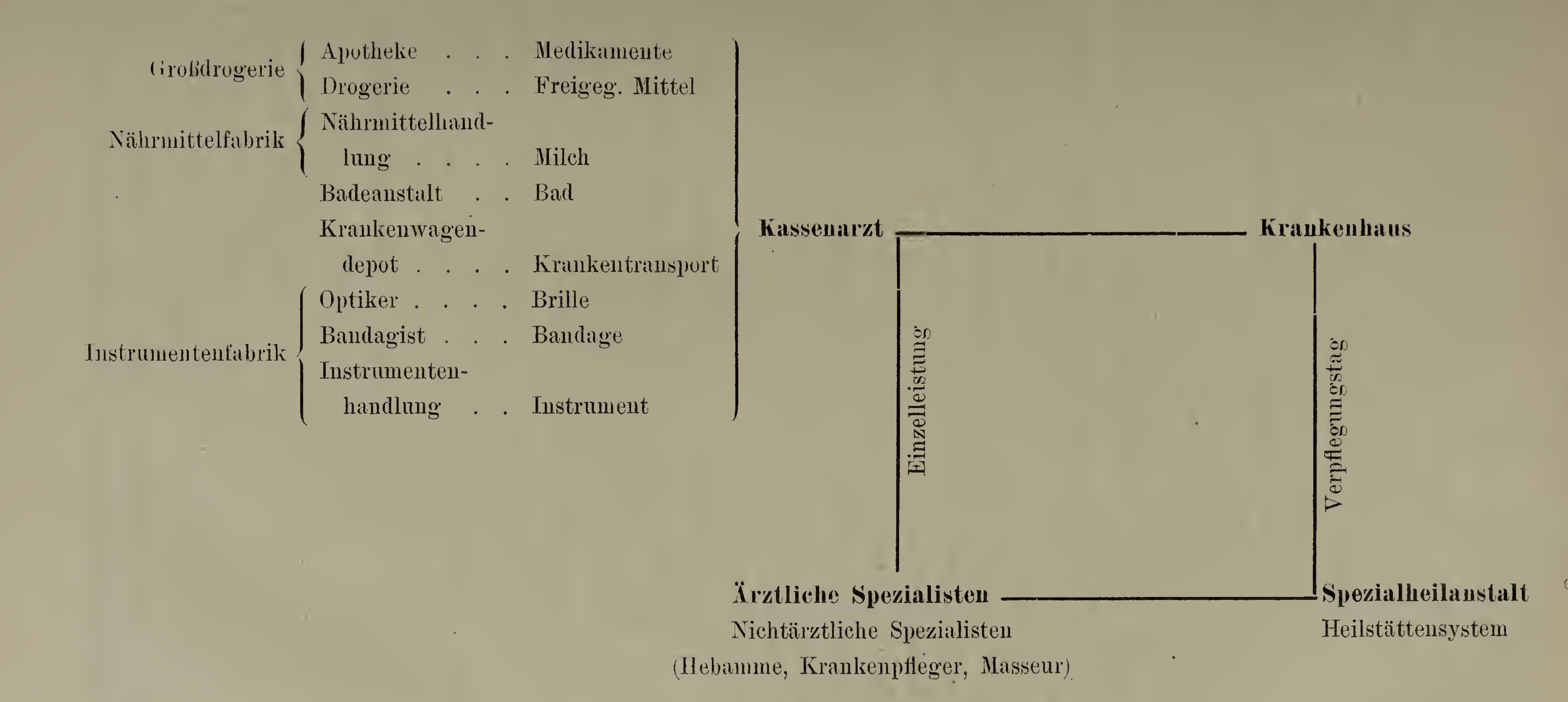
Die Arbeitnehmer der sozialen Versicherung.

Von Dr. med. L. Eisensdadt, Berlin.

Unter allen Problemen, welche die Neugestaltung der Arbeiterversicherung aufrollt, ist das obige sicher das schwierigste und trotz seiner Bedeutung am wenigsten wissenschaftlich durchforscht, ja auffallend wenig beachtet. Erschöpfend es zu behandeln liegt nicht im Bereiche einer Studie, auch nicht eines Beurteilers; handelt es sich doch um neu zu schaffende Einrichtungen, neue Betriebs- und Organisationsformen. Aber vielleicht genügen die folgenden Erwägungen, um die hierhergehörigen Interessengruppen zu veranlassen, mehr als bisher Wünsche und Forderungen zu äußern.

Der Begriff „Arbeitnehmer der sozialen Versicherung“ ist zunächst zu definieren. Während die privaten Lebens-, Unfall- und Invalidenversicherungen ihre Geschäfte ausschließlich mit Beamten führen, reichen solche für die soziale Versicherung nicht aus. Die Städte als Schöpfer von Volksbädern, Wasserleitungen und zahllosen anderen hygienischen Einrichtungen, die privaten Vereine als Begründer einer Fürsorge für Verletzte und deren Familien, als Begründer von Massenernährungseinrichtungen stehen genau so wie Kassen- und Vertrauensarzt, Krankenhaus, Heilstätte, Apotheker, Masseur im unentbehrlichen Dienste der sozialen Versicherung, nachdem diese Begutachtung, Heilung und Verhütung von Krankheiten in ihr Programm aufgenommen hat.

Von allen diesen verdient aber nur eine bestimmte Gruppe, nämlich diejenigen Personen und Betriebe, welche am Heilprozesse beteiligt sind, und zwar mit vollem Rechte die Bezeichnung „Arbeitnehmer“.


Großdrogerie
Apotheke . . . Medikamente
Drogerie . . . Freigeg. Mittel
Nährmittelfabrik
Nährmittelhandlung . . . . Milch
Badeanstalt . . Bad
Krankenwagendepot . . . . Krankentransport
Instrumentenfabrik
Optiker . . . . Brille
Bandagist . . . Bandage
Instrumentenhandlung . . Instrument
Kassenarzt
Krankenhaus
Einzelleistung
Verpflegungstag
Ärztliche Spezialisten
Nichtärztliche Spezialisten
(Hebamme, Krankenpfleger, Masseur)
Spezialheilanstalt
Heilstättensystem

Es handelt sich um private gewerbliche Berufe, welche in den Dienst der Krankenkassen aufgenommen wurden. Infolgedessen trat eine völlige Änderung ihrer wirtschaftlichen Lage ein. (Vgl. Die therapeutische Ökonomie: Nr. 17, 1905, Ärztl. Sachverständigen-Zeitung.)

An vorstehendem Schema sind die hierhergehörigen Personen und Betriebe aufgeführt, es sind 1. die vier Formen des ärztlichen Betriebes, 2. ärztliches Hilfspersonal (Masseure, Krankenpfleger, Hebammen), 3. Fabrikanten und Lieferanten von Heilmitteln. Wie ebendort bereits geschildert wurde, bestand die wichtigste Änderung darin, daß vielfach laut Gesetz nur bestimmte Vertreter dieser Berufsgruppen zum Krankenkassendienst herangezogen wurden. Die verschiedenen Orts-, Betriebs-, Innungs- und Hilfskassen nahmen als Arbeitgeber eine vertikale Scheidung in diesen Berufen vor; daraus ergaben sich z. B. bei den Ärzten unwürdige Abhängigkeit und Senkung des Honorars. Diese Zustände gaben ihrerseits einen fruchtbaren Boden für Bildung von Schutz- und Trutzbündnissen, von Gewerkschaften.

In der gegenwärtigen Krankenversicherung nehmen Heilpersonal und Heilmittelfabrikanten noch nicht völlig die Stellung von Arbeitnehmern ein, mehr oder weniger sind sie selbständige Betriebe und Gewerbetreibende. Denn noch gibt es keine obligate Familienversicherung, noch sind die Krankenkassen im Hinblick auf die Heilung nicht ausreichend, so daß der Selbstversorgung mit Heilpersonen und Heilmitteln noch ein bedeutender Spielraum bleibt.

Wie aber, wenn die Krankenkassen doch die so lange herbeigesehnte Zentralisation erfahren und wenn gar die Versorgung der Angehörigen eingeführt wird? Dann wird die Selbstversorgung der Versicherten einerseits, die Privatpraxis der Heilpersonen und -betriebe andererseits so eingeschränkt, daß beispielsweise bei Ärzten der Industriegegend Privatpatienten eine recht seltene Erscheinung werden dürften. Nun kommen noch einige Vorgänge hinzu, die mit Notwendigkeit zu der gefürchteten weiteren Proletarisierung dieser „Arbeitnehmer“ führen.

Bekanntlich wirken neue Maschinen zunächst verderblich auf die Lage der Handarbeit; genau so muß z. B. die Vermehrung der Heilstätten den Apothekern und Kassenärzten einen großen Arbeitskreis entziehen, während andererseits ein sicheres Heilmittel gegen Tuberkulose die Heilstätten entbehrlich machen würde. Zu diesem Wettbewerb der Heilmittel kommt der Wettbewerb der Arztformen untereinander und mit den nichtärztlichen Heilpersonen.

Daß Wohnungsnot oder zu geringe Zahl von Kassenärzten oder der Mangel an kleinen speziellen Heilstätten die Vermehrung der Krankenhausbetten für die Krankenversicherten erforderlich macht, diese Erscheinung hat Wolf Becher als gesetzmäßig nachgewiesen. Daß Ärzte bzw. Ärztinnen in der künftigen Krankenversicherung den Beistand auch bei normalen Entbindungen leisten und so die Hebammen teils entbehrlich machen, teils dazu veranlassen werden, sich zur Wochenbettpflege zu spezialisieren, daß Ärzte die Massage als Sondergebiet den Heilgehilfen entreißen werden, diese weitere Entwicklung läßt sich nicht verhüten, wenn die Ärzte angemessen honoriert werden.

Schließlich ist noch der Wettbewerb der Ärzte untereinander von großer Bedeutung für die Arbeitnehmer der Arbeiterversicherung. Es ist kein Zufall, daß erst mit der freien Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis Heilstätten für Tuberkulöse und einige andere sozialmedizinische Einrichtungen, wie Landaufenthalt, Trinkerheilstätten, Walderholungsstätten gegründet und von den Kassen beschickt wurden. Je größer die Zahl der Ärzte ist, die an Einzelleistungen gegenüber den Kassenpatienten beteiligt ist, desto mehr entwickelt sich der medizinische Beruf zur Kunst, desto mehr tritt soziale Fürsorge an die Seite der individuellen Therapie. Wenn für das ganze Reich, wie Mayet will (Verhandlungen der Ges. f. Soziale Medizin. Med. Reform, 1906, S. 117—140), volle Kassenfreizügigkeit durchgeführt wird, wenn eine Bezirkskrankenkasse große Territorien zu versorgen hat, dann wird der Wettbewerb der Ärzte untereinander mit seinen Folgen selbst in das entlegenste Dorf getragen.

Wie ist nun bei der Neugestaltung der Arbeiterversicherung die Lage der Arbeitnehmer derselben am besten zu regeln? Betrachten wir die Vorschläge, die auf diesem Gebiete gemacht worden sind, nämlich

1. die freie korporative Vereinbarung auf Grund einer Pauschalbezahlung,
2. die Einführung eines gesetzlichen Maximaltarifs,
3. die Einführung eines gesetzlichen Mindesttarifs,
4. Bildung einer Genossenschaft bzw. Großeinkaufsgesellschaft,
5. völlige Verstaatlichung.

Die freie korporative Vereinbarung

ist bereits bei größeren Kassen eingeführt, befindet sich aber noch hier im Anfangsstadium, da sie nur den Ärzten gegenüber eine

Regelung des Kopfpauschales und der Zahl der Einzelleistungen vorgesehen hat. Daß diese Regelung oft eine völlig subjektive ist, weil tatsächlich hier das Arztsystem nichts anderes als eine Erweiterung des sogenannten fixierten Systems ist, kann nicht bezweifelt werden. Die therapeutische Ökonomie wird hier nicht von Sachverständigen, sondern vom Kassenvorstand und -geschäftsführer einerseits, den ärztlichen Vertrauensmännern andererseits gehandhabt, welche nicht selten noch in der Vorstellung befangen sind, daß die Krankenkassen nur Armenpflege zu leisten haben und welche mit dem behandelnden Arzte hinsichtlich der therapeutischen Ökonomie oft verschiedener Anschauung sind. Sehr schwierig ist auch für die ärztlichen Vertrauensmänner die Aufgabe, bei den behandelnden Ärzten die Zahl der Leistungen zu begrenzen. Da gestattet man homöopathischen Ärzten die „homöopathische" Rezeptur, Naturärzten bei allen Krankheiten die Behandlung ausschließlich mit Bädern und überläßt diesen Sonderlingen ein Maximum an Leistungen und Heilmitteln, während andererseits die ärztliche Vertrauenskommission in einer großen Dienstbotenkrankenkasse die tägliche Behandlung einer eiterigen Zellgewebsentzündung beanstandete. In beiden Fällen begeht man den Fehler, den Versicherten nach Art eines Privatpatienten zu behandeln. Gewiß besteht das Wesen der Arbeiterversicherung „in nichts anderem als in dem stets sich wiederholenden Aufsteigen eines Teils der unteren Klasse zu der Lebensführung der höheren, in einem Hineinwachsen in den Bedürfniskreis, aber auch in die Denkweise, in das Massenseelenleben der Mittelklassen". Gewiß hat die Versicherung vornehmlich die Aufgabe, „die durch das Aufsteigen der Klasse sich mithebenden Individuen vor dem Zurückfallen in die Charakterlosigkeit der materiellen Gnadenexistenz des „Armen" zu bewahren".[1]) Aber der Arzt darf nicht individuellen Neigungen der Versicherten Rechnung tragen, nicht die Moden der Privatpatienten auf die Kassenpraxis übertragen, er muß vielmehr Zahl der Leistungen und Art der Heilmittel nach dem jeweiligen Stande der therapeutischen Ökonomie bemessen, damit nicht die Gesamtheit der Versicherten durch Extrakosten des einzelnen Mitgliedes geschädigt werde.

Der Arzt muß objektiv genug sein, zwischen der vielgelästerten Begehrlichkeit der Versicherten und dem engherzigen „Unter-

---

[1]) v. Zwiedineck-Südenhorst, Arbeiterschutz und Arbeiterversicherung. B. G. Teubner's Verlag, S. 147.

nehmerstandpunkt" der Kasse, unbekümmert um Lob und Tadel jeder Partei, die richtige Mitte zu finden.

Erst recht gilt diese Forderung für die Vertrauensmänner der ärztlichen Organisationen. Die eine ärztliche Arzneimittel-Kontrollkommission hat den Ersatz eines Sandow'schen Salzes durch natürlichen Mineralbrunnen mit der Androhung der Entfernung aus dem kassenärztlichen Verbande bestraft, die andere ließ die Verordnung notorischer Geheimmittel, Pinkpillen und Pain Expeller, anstandslos passieren!

Wenn man weiter die bisherigen Vereinbarungen bezüglich des Honorars betrachtet, so ist es merkwürdig, daß die einzelnen Vertragskommissionen ganz ungleich hohe Pauschalsummen fixieren und ganz verschiedene Arten der Honorarverteilung handhaben. Hier wird ein Honorar von 3,50 Mk. pro Kopf als eine Errungenschaft der Organisation bezeichnet, während dort bereits 4,50 Mk. errreicht sind. Ein stets wechselnder Monats- oder Quartalsbon oder ein nicht minder schwankender Point belohnt die ärztlichen Bemühungen im ganzen, während die „dringlichen" Leistungen der Nichtkassenärzte nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung belohnt und vielfach vom Honorar der Kassenärzte abgezogen werden. Man sieht, diese Vereinbarungen sind eher unfrei als frei, weil sie mehr von den Kassen als von den Ärzten diktiert werden, aber sie bezeichnen einen kolossalen Fortschritt gegenüber der Zeit, als es noch keine Koalitionsbewegung der Ärzte gab. Bessere Verträge konnten die Ärzte hauptsächlich deshalb nicht erreichen, weil ihnen die Notwendigkeit einer gewerkschaftlichen Organisation gegenüber ihren Arbeitgebern noch nicht klar geworden war und weil sie die Existenz der kleinen leistungsunfähigen Kassen durchaus schonen wollten.

Jedenfalls haben die fortwährenden Guerillakämpfe mit den Kassen die Solidarität der Ärzte derart gefördert, daß sie zentralisierten Kassen gegenüber in größerer und festerer Organisation stehen werden; dasselbe könnte man für das übrige Heilpersonal hoffen. Die Honorierung würde besser werden, während die Schiedsgerichte der Arbeiterversicherung bei Differenzen über Heilmittelverordnung und Zahl der Leistungen als Berufungsinstanz gegenüber dem Urteil der Vertrauensmänner fungieren würden. Um aber die territorialen Verschiedenheiten zu beseitigen und der Möglichkeit der Honorarstreitigkeiten vorzubeugen, halten mehrere Reformpläne eine reichsgesetzliche Ordnung für erwünscht bzw. für notwendig und fordern einen Maximaltarif.

Soweit die Krankenkassenkommission des Deutschen Ärztevereinsbundes sich geäußert hat, wünscht sie eine Pauschalsumme derart, daß die Einzelleistung den Minimalsatz der Gebührenordnung erreicht. Für dieses sogenannte Maximalpauschale sind mehrere Ärzte in den Standesorganen eingetreten. Mayet (a. a. O.) wünscht für die Kassenärzte ebenfalls die gesetzliche Festlegung eines Maximaltarifs in der Form: 4 Mk. pro Kopf und 4 Mk. pro Mille des Lohnfonds. Hiernach würden sich die Ärzte besser stehen, je höher der Lohnfonds ist und größere wirtschaftliche Krisen und Streiks durch Honorarkürzung verspüren, während doch eine allgemeine Erfahrung lehrt, daß zur Zeit der Hochkonjunktur in der gewerblichen Arbeit die Inanspruchnahme der Kasse am geringsten ist. Mit einem derartigen Pauschale werden sich die Ärzte mit Recht nicht einverstanden erklären.

Frühere Ärztetage verlangten einen Maximaltarif, nämlich die Bezahlung der kassenärztlichen Leistungen nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung. Lennhoff befürwortet auch für Krankenhäuser einen Maximaltarif, jedoch solle deren Unterbilanz durch einen gesetzlich geregelten Zuschuß, der vom Reich oder den Kommunen oder Wohlfahrtsstiftungen oder von der Versicherung selbst zu leisten sei, gedeckt werden. (Verhandlungen der Ges. f. soz. Medizin, 1905, H. 12, S. 24.)

Eine Bindung nach oben, einen Maximaltarif gesetzlich einzuführen, ist m. E. aus dem Grunde verfehlt, weil die Inanspruchnahme des Heilpersonals bei zentralisierten Kassen sich im voraus gar nicht berechnen läßt. Wie ich bereits hervorhob, ist vielfach z. B. in den peripheren Stadtteilen Berlins und in allen Gegenden mit starker Bevölkerung der Industrie zu erwarten, daß die dortigen Kassenärzte ausschließlich von den Einnahmen aus der Kassenpraxis sich und ihre Familien werden ernähren müssen. Wie ferner sich voraussehen läßt, wird eine weit größere Zahl von Kassenpatienten früher und auf längere Zeit als jetzt der kassenärztlichen Behandlung durch Überweisung an die Heilstätten entzogen werden. Ein Maximaltarif hindert die höhere Bewertung der ärztlichen Leistung und den Wettbewerb der Arztformen; die vermehrte Arbeitstätigkeit der Ärzte endet jetzt bei ungenügender Bewertung derselben mit einer vermehrten Inanspruchnahme der Krankenhäuser.

Auch bei den Kliniken, Heilstätten, Krankenhäusern ist ein Maximaltarif nicht minder zwecklos. Die städtischen Krankenhäuser Berlins waren genötigt, immer mehr Ausgaben für diagnostische Apparate, Heilmittel und Heilpersonal zu machen. Daher war

die Stadt Berlin genötigt, allmählich eine höhere Bezahlung des Verpflegungstages zu beanspruchen und in allen Krankenhäusern durchzuführen. Jetzt ist sie bereits, weil sie seit Bestehen des Krankenversicherungsgesetzes dem Gesetz vom Wettbewerb der Arztformen und der Ärzte untereinander interesse- und verständnislos gegenüberstand, genötigt, für jedes im Krankenhause verpflegte Kassenmitglied 2 Mk. der Krankenkasse zuzuschießen. Bekannt ist der bisher abgelehnte Wunsch, zur Deckung dieser gewaltigen Kosten für die Vorortsbewohner einen höheren Tarif durchzuführen. Daß für die Krankenhäuser eine Zwangslage, keineswegs aber die Absicht besteht, durch „Heraufsetzung der Pflegegebühren" die Bilanz der Versicherung zu erschüttern oder die Einwohner auszubeuten, beweist auch die Erhöhung der Sätze für kranke Kinder, welche in den städtischen Krankenhäusern eintreten mußte, sobald die Charité ihre diesbezüglichen Sätze erhöhte.

Wenn also der Maximaltarif der veränderten wirtschaftlichen Existenz des Heilpersonals nicht gerecht werden und daher die Bilanz der Versicherung vor Erschütterungen keineswegs bewahren kann, so ist seine gesetzliche Festlegung völlig überflüssig und schädlich, weil er den Wettbewerb der Arztformen hindert.

Der Minimaltarif

ist bereits von Ascher, dem ersten Befürworter der Idee der Vereinheitlichung, gefordert worden. Er sagt es rund heraus: „Während bei gelieferten Materialien (Apothekerwaren, Krankenhausverpflegung etc.) der Kostenpreis ein Heruntergehen unter einen bestimmten Satz von selbst verbot, hat man bei den Ärzten in vielen Gegenden hierzu noch nicht gelangen können" (Ascher, Zur Vereinfachung des Reichsversicherungswesens, Olendorff's Ztschr. f. Soz. Medizin, 1895, S. 237). Genau genommen besteht allerdings bisher nur für die Apothekerwaren, d. h. die in Apotheken fertig gelieferten Tabletten, Originalpackungen, ein Mindestsatz. Denn die Leistungen verschiedener Krankenhäuser sind bisher selbst bei einheitlicher Pflegegebühr außerordentlich verschieden, je nach dem Vermögen bzw. den Zuschüssen des einzelnen Krankenhauses. Die Apotheken werden aber auch ebenso wie die Ärzte territorial verschieden für ihre Arbeit entlohnt, je nachdem sie mit den Krankenkassen einen höheren oder geringeren Rezepturrabatt vereinbart haben.

Hier muß das neue Gesetz das bisher Versäumte nachholen,

einheitliche Mindestsätze für die Honorierung des Heilpersonals schaffen und zwar:

1. für die Ärzte, Hebammen und Heilgehilfen nach Einzelleistungen,

2. für Krankenhäuser, Heilstätten und Krankenpfleger (Krankenpflegerinnen) nach Verpflegungstagen.

Wenn für die Leistungen der Ärzte 1 Mk., des ärztlichen Hilfspersonals 75 Pfg., der Krankenhäuser und Krankenpfleger 4 Mk. als reichsgesetzliche Mindestgrenze festgelegt werden, so würden daraus bemerkenswerte Folgen sich ergeben:

1. Die territorialen und lokalen Verschiedenheiten in der Bewertung der Leistungen des Heilpersonals würden aufhören.

2. Die sogenannte Dringlichkeit der Hilfeleistungen würde stark eingeschränkt werden. Es würde unmöglich gemacht, daß eine Schifferkrankenkasse für die Gonorrhoebehandlung ihrer Mitglieder den Kassenärzten der Heimat 10 Pfg., den Nichtkassenärzten der fernen Großstadt 1 Mk. bezahlt, weil dort die Gonorrhoebehandlung dringlich geworden ist. Die Existenz der privaten und berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung, die Zunahme der Unfälle im großstädtischen Verkehr, im Baugewerbe, Bergwerken und vielen anderen Industrien sind nicht die alleinigen Ursachen der übertriebenen Wertschätzung und Ausdehnung der ersten Hilfe, vielmehr ist auch das bisherige Krankenversicherungsgesetz mit der Gewährung der dringlichen Hilfe einerseits, der bestimmten Ärzte andererseits, und vor allem das Fehlen einer gesetzlichen Mindestgebühr für die ärztliche Leistung Ursache für die sonderbare Erscheinung, daß die erste Hilfe in Unfallstationen und Rettungswachen, ferner die Leistungen der Nichtkassenärzte weit höher bezahlt werden, als wenn eben dieselben von Kassenärzten ausgeführt werden. In Berlin hat sich die städtische Verwaltung nicht entschließen können, eigene Rettungswachen zu gründen, deshalb müssen die Krankenkassen für die Existenz von Rettungswachen und Unfallstationen bedeutende Summen, mag es sich nun um eine Pauschalhonorierung der dortigen ärztlichen Leistungen oder um eine Bezahlung nach den Mindestsätzen der preußischen Gebührenordnung handeln, zuschießen. Die Stadt Berlin kann allerdings demgegenüber auf ihren Zuschuß für die Behandlung von Kassenmitgliedern in ihren Krankenhäusern hinweisen.

Das Rettungswesen würde nun dort, wo unfallreiche Betriebe vorhanden sind, bei gesetzlichem Minimaltarif einfach auf Grund einer breiten ärztlichen Organisation geregelt werden können,

derart, daß der Wachtdienst während der Fabriktätigkeit für die anwohnenden Ärzte geregelt wird. Dann wird bei dieser Gesetzesänderung ein geregelter ärztlicher Nacht- und Sonntagsdienst, der jetzt auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt, leicht durchführbar sein. Ein Rettungsdienst auf Kosten der ökonomischen Existenz der Ärzte und Krankenkassen hat keine Berechtigung.

Eine Unterfrage des allgemeinen ärztlichen Dienstes, das Vertreterwesen, könnte dann kraft der Organisation so geregelt werden, daß dem zu vertretenden Arzt der Praxiskreis erhalten bleibt.

3. Aus der Mindestbezahlung der einzelnen Leistung, sollte man ohne weiteres denken, folgt die freie Zulassung. Wenigstens ist es sonst die selbstverständliche Folge der Tarifverträge zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, daß diejenigen Personen, welche sich dem Tarif unterwerfen, eingestellt werden, sofern sie den Anforderungen des betreffenden Faches entsprechen, also gelernte Arbeiter sind und soweit das Maß der Beschäftigung in jedem einzelnen Betriebe eine Höchstzahl von Arbeitern gestattet.

Anders denken aber noch recht viele Sozialpolitiker und Ärzte auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Zwar gestehen sie den Krankenhäusern, Spezialheilstätten und dem ärztlichen Hilfspersonal das Recht auf freie Zulassung zu, in der Meinung, es handle sich bei ersteren um eine begrenzte Zahl von Verpflegungstagen, bei letzteren um eine begrenzte, vom behandelnden Arzt gewünschte und leicht zu kontrollierende Zahl der Leistungen. Dagegen, meinen sie, sind die Krankheitszustände *elastische Dinge* im Hinblick sowohl auf die *Zahl der Leistungen* als auf *Qualität und Quantität der Heilmittel*, welche Haus- und Spezialärzte in der Kassenpraxis „zum besten geben“.

Diese Elastizität der Krankheiten der Versicherten ist erstens zurückzuführen auf die formelle Unzulänglichkeit der Krankenjournalführung. Vielfach wird *Erneuerung* des Krankenscheines, der Milch- und Bädergewährung als einzelne Leistung gebucht, während doch tatsächlich für die *ganze Dauer der Erkrankung* Milch, Krankengeld, bei rationeller kassenärztlicher Buchführung zu verordnen wäre. Zweitens sind namentlich Laien geneigt, die subjektiv verschiedene Begehrlichkeit der Kranken als eine Ursache der Elastizität der Krankheitszustände hinzustellen. Patienten mit Herzklappenfehler seien in verschiedenem Grade anspruchsvolle, besonders seien derartige weibliche Kranke übertrieben anspruchsvoll. Die Vertreter dieses Standpunktes kümmern sich sehr wenig um die Frage, ob diese subjektiv verschiedene

Begehrlichkeit gänzlich unberechtigt oder nur der Ausdruck einer objektiv vorhandenen, individuell (nach Konstitution und Beruf) verschiedenen Erkrankung sei.

Drittens, viele Ärzte verfallen angeblich in der Krankenversicherung der Polypragmasie oder einer ungebührlichen Sparsamkeit. „Bei Einzelbezahlung haben die Kassen ein Interesse, wenige Ärzte anzustellen, indem erfahrungsgemäß die Gesamtleistungen steigen, je mehr Ärzte an einer Kasse tätig sind“ (Ärztl. Mitteilungen, 1906, Nr. 25, S. 321).

„Natürlich hängt auch die Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit von dem Arzt ab; wer sich in seinen Besuchen und Beratungen zu beschränken weiß, den Angehörigen bzw. Krankenschwestern auch etwas zu tun gibt, ist weniger belastet als derjenige, der selbst jede Temperatur mißt, jedes Bad leitet, jeden Verband, jeden Umschlag macht und viermal am Tage zu einem Kranken läuft, um diesem sein Interesse zu bezeugen, wo ein Besuch auch genügend wäre“ (Ärztl. Mitteilungen, 1906, Nr. 26, S. 341). Diesen engen, philiströsen Horizont einer ärztlichen Kontrollkommission darf der Gesetzgeber bei einer Zentralisierung der Krankenversicherung nicht annehmen. Im informatorischen Attest muß das Recht des behandelnden Arztes, seinen Heilplan gegenüber dem kranken Individuum aufzustellen und durchzuführen, anerkannt werden, vorausgesetzt, daß dieser Heilplan mit den Erfahrungen und dem Stande der therapeutischen Ökonomie übereinstimmt. Demnach ist es erwiesen, daß der Mindesttarif für jede ärztliche Leistung die Zulassung eines jeden Arztes, der sich durch die wissenschaftlichen Anforderungen der therapeutischen Ökonomie gebunden erklärt, zur Folge hat, vorausgesetzt, daß die kassenärztliche Buchführung rationell umgestaltet wird. Nur diejenigen Ärzte würden sich also eine Konventionalstrafe zuziehen, welche Krankheiten nach längst überlebten Methoden (Homöopathie) oder kunstwidrig behandeln und daher den therapeutisch ökonomischen Endzweck der Behandlung außer acht lassen.

In engem Zusammenhang hiermit steht es, daß der Mindesttarif der Einzelleistungen eine wesentliche Verschiebung der Grenzen zwischen Allgemein- und Spezialarzt und zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Spezialisten zur Folge hat. Schon in einem früheren Aufsatz zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung wies ich darauf hin, daß es eine absolute Grenze zwischen der Tätigkeit des Allgemein- und derjenigen des Spezialarztes nicht gibt. Ich wies dort auf die sozialen Ursachen für die Zunahme

der Spezialistenzahl hin. Eine solche soziale Ursache ist auch die heutige Verfassung der Krankenversicherung, deren Organe vielfach der Zulassung der Spezialisten — freilich notgedrungen — weniger Schwierigkeiten in den Weg legen als den Allgemeinärzten, und auch die spezialistischen Übungsstätten alias Polikliniken wegen deren „Billigkeit" zu konservieren suchen. Nun ist es ja bekannt, wie vielfach in den modernen ärztlichen Spezialdisziplinen zahlreiche diagnostische und chirurgisch-technische Einzelleistungen das Wesen der spezialistischen Therapie ausmachen. Gegenwärtig findet sich der Kassenarzt mit diesen spezialistischen Einzelleistungen, z. B. bei Kontusion eines Oberschenkels, derart ab, daß er solche Patienten einem Heilgehilfen oder einem Spezialarzt für Massage oder einem Krankenhause überweist.

Bei einem gesetzlichen Mindesttarif der Einzelleistung kann er nicht mehr der Polypragmasie beschuldigt werden, wenn er solche Patienten selbst täglich oder jeden zweiten Tag massiert. Der Allgemeinarzt würde zahlreiche Heilungsarten erlernen und ausüben, welche jetzt ausschließlich dem Spezialarzt überlassen sind. Er würde Magen-, Blasen-, Harnröhrenspülungen, Injektionen usw. selbst ausführen, und den Spezialarzt nur zum Zwecke sicherer Diagnosestellung hören. Andererseits würden die seltneren und schwierigeren Spezialkrankheiten und -behandlungen dem Spezialarzt verbleiben. Dieser würde — nicht zum Nachteile der Versicherten — ob nun die Krankenkasse einem Kreise oder Verwaltungsbezirke entsprechen würde, die spezialistische Kunst in die kleineren Städte und auf das flache Land tragen. Eine sozialmedizinisch außerordentlich wichtige Verteilung der Spezialisten würde erfolgen. Unbeschadet der Hochachtung vor dem Landarzt, der mit kleinen Mitteln Großes leistet, würde im Bunde mit ihm der erfahrene Spezialarzt viel zur Verringerung unheilbarer Krankheiten der Dorfbewohner beitragen.

Wenn infolge des Mindesttarifs der Arzt mehr und mehr die nichtärztlichen Spezialisten, Heilgehilfen und Krankenpfleger ersetzt, wenn die Ärztin mehr und mehr die Funktionen der Hebamme und Wochenpflegerin übernimmt, wenn das höher gebildete Heilpersonal überall das niedere verdrängt, so ist das in der Tat ein großer Fortschritt!

Der Arzt ist und bleibt nun einmal der beste Samariter, und besser ist es, in Heilstätten und Krankenhäusern ärztliches Hilfspersonal als verheiratete Beamte unter ständiger ärztlicher Direktion fest anzustellen, als Personen kürzer oder länger in Krankenhäusern

auszubilden, um dieselben zu veranlassen, nach der Entlassung den Heerbann der Kurpfuscher zu vermehren. Auch sonstige erwerbende Nebenbeschäftigung des ärztlichen Hilfspersonals scheint mir nicht der Würde derjenigen angemessen zu sein, die auch nur Diener der Ärzte sind; einen Heilgehilfen von der Feldarbeit wegzuholen, damit er blutige Schröpfköpfe setze, das entspricht kaum den Anforderungen der Asepsis.

Zwar genügt schon die freie Zulassung der Ärzte, um den Wettbewerb in der Heilkunst zu veranlassen; derselbe wird noch durch den Mindesttarif der einzelnen Leistung erheblich verstärkt. Ohne die freie Zulassung bedingt dagegen, wie bereits dargelegt, der Mindesttarif ungebührliche Sparsamkeit in der Verordnung der Heilmittel, in der Zahl der ärztlichen Leistungen und vermehrten Zugang zu den Krankenhäusern.

Der Mindesttarif vermag auch den Wettbewerb unter den Arztformen zu fördern. Wenn der hausärztliche Besuch nicht mehr mit 20 Pfg., sondern z. B. mit $1^1/_2$ Mk. honoriert wird, so dürfte so manche Erkrankung mit nicht geringerem Erfolge als im Krankenhause häuslich behandelt werden. Man wird erwidern, in Anbetracht der Wohnungsverhältnisse, die allein bei manchen Krankheiten eine häusliche Pflege unmöglich machen, wäre das kein Fortschritt. Indes schon die häusliche Behandlung von Frakturen, Abszessen, des inoperablen Carcinoms wäre den Patienten, der Ökonomie der Krankenkassen und der Entlastung der großen Krankenhäuser förderlich; diese läßt sich auch in dürftigen Wohnungen vornehmen.

Unter dem Schutze des Mindesttarifs für den Verpflegungstag kann der Augen- und Nervenarzt, sowie jeder andere Spezialist mit geringeren finanziellen Opfern sich ein kleineres Krankenhaus errichten, ein hygienischer Fortschritt, der wiederum vor allem dem platten Lande zugute kommen würde. Desgleichen kann der Allgemeinarzt allein oder in Verbindung mit Berufsgenossen kleinere Verpflegungsstationen, Genesungs-, Siechenheime usw. mieten und so mit geringen Kosten viel z. B. zur Bekämpfung der Tuberkulose und des Carcinoms beitragen.

Auf Grund des Mindesttarifs könnten auf dem Wege korporativer Vereinbarung eine territorial verschiedene oder noch besser auf dem Wege der Reichsgesetzgebung eine im ganzen Reich geltende Mindestgebührenordnung für Kassenärzte geschaffen werden. Andere Gebührenordnungen, etwa die Mindestsätze der für die Privatpraxis der Ärzte geltenden preußischen Gebührenordnung sind aus zwei Gründen zu verwerfen: 1. würden solche die Einführung

eines Maximaltarifs bedeuten, 2. sind auch hier Privat- und Kassenpraxis zwei miteinander nicht zu vergleichende Dinge. Es bestehen zwar bereits mittels korporativer Verträge entworfene Mindestgebührenordnungen auf Grundlage eines Mindesttarifs der einzelnen Leistung, z. B. beim Verein der freigewählten Kassenärzte zu Berlin für einige Krankenkassen; dieselbe ist aber unvollkommen, weil der Mindesttarif der einzelnen Leistung jedesmal aus einem Pauschalhonorar entwickelt wird, und weil wichtige Positionen fehlen: so ist es doch eine schon zeitlich höher zu bewertende Leistung, wenn der Arzt in der Sprechstunde einen technischen Eingriff vornimmt, als wenn er dem Patienten ein Bad oder ein Medikament verordnet.

So kompliziert die kassenärztliche Tätigkeit ist, weit komplizierter als diejenige des übrigen Heilpersonals, so scheint mir doch die Festlegung einer Mindestgebührenordnung nicht schwierig zu sein.

Aus welchen Ursachen werden die Ärzte und überhaupt das Heilpersonal eine Erhöhung des Mindesttarifs verlangen müssen?

I. Wenn der Aufwand für Instrumente, Einrichtung, Mieten, Grundstücke notwendig steigt.

II. Wenn die Tätigkeit aller Formen des ärztlichen Betriebes den Saisoncharakter annimmt, z. B. durch Fortschritte der öffentlichen Gesundheitspflege und sozialen Prophylaxe.

III. Wenn sich Krankheitsfälle häufen, die durchaus der Isolierung in geschlossenen Anstalten bedürfen, vermindert sich die Tätigkeit der Hauskassenärzte (Choleraepidemie).

IV. Bei Einführung obligatorischer Familienversicherung oder bei Belassung freiwilliger Mitglieder in der Versicherung infolge der Reduktion der Privatpraxis.

V. Wenn die genossenschaftliche Organisation (Unterstützungswesen) nicht ausreicht, um für invalide Heilpersonen resp. deren Witwen und Waisen zu sorgen.

VI. Wenn die sonstige gewerkschaftliche (Stellennachweis, Warnung vor dem Berufe) und genossenschaftliche Organisation nicht ausreichen zur Unterbringung neu hinzukommender Heilpersonen.

Die hygienische Bedeutung der mit dem Mindesttarif verbundenen freien Zulassung besteht nicht nur in dem ununterbrochenen Dienst für erste Hilfe, sondern auch in dem so gut funktionierenden Dienst für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der Säuglingssterblichkeit und der Tuberkulose. Die sogenannten Dispensaires, eine vorläufige Form des Ärztedienstes, dürften sich dann erübrigen.

Die Bildung einer Genossenschaft bzw. einer Groß-einkaufsgesellschaft

dient zur Regelung der Herstellung und Lieferung von Heilmitteln. (Im obigen Schema sind die hierhergehörigen Gruppen links von „Kassenarzt“ aufgeführt.) Mayet[1]) empfiehlt einen ständigen Ausschuß der Bezirkskassen und als dessen reale Funktionen: Besitz und Betrieb von Krankenlogierhäusern in allen anerkannten Heilbädern, ferner den genossenschaftlichen Vertrieb von Bandagen, Desinfektionsmitteln, Handverkaufsartikeln. Es gibt eine Reihe von Heilmitteln, deren Verordnung nicht dringlich ist, die also meist ohne Gefahr für den Kranken aus einer zentralen Bezugsquelle in 1—2 Tagen bestellt werden können. Dazu gehören Brillen, Inhalationsapparate, Irrigatoren, Lederfinger, gewöhnliche Leibbinden. Der zentrale Ausschuß der Bezirkskassen könnte diese Artikel im großen einkaufen oder in eigenen Produktionsstätten herstellen. Von der zentralen Geschäfts- oder Produktionsstätte könnte auf die genaue Verordnung des Arztes hin dieses Heilmittel geliefert werden. Mit solcher Einrichtung könnte eine Kontrolle der Qualität leicht verknüpft werden. Die Kassen würden nicht mehr billige und schlechte Waren liefern und Kosten für Wiederholung der Verordnung des Heilmittels sparen können. Gegenwärtig übt der von den Kassen festgesetzte Einheitspreis oft einen verschlechternden Einfluß auf Beschaffenheit und Haltbarkeit des Materials aus; verschiedene Verkaufsstellen liefern ungleich brauchbare Lederfinger, Gummischläuche usw. Mit den Zentralstellen könnten Prüfungskommissionen für Verbesserungen und neue Apparate auf diesem Gebiete verbunden werden. Man bemerkt, daß seltener verlangte Augengläser schwieriger Konstruktion von den kleinen optischen Verkaufsstellen gar nicht oder nach langem Warten zu erhalten sind.

Was nun die dringlichen Heilapparate, Verbandstoffe, Katheter, Bougies, Eisblasen usw. betrifft, so bestehen bei deren Bezug eben solche Mißstände. Die feineren Katheter und elastischen Bougies, die von Drogengeschäften oder Apotheken in eiligen Fällen bezogen werden, entsprechen oft genug keineswegs den Anforderungen des Arztes, sind brüchig oder in der gewünschten Nummer nicht vorhanden. Von ungleichartiger Beschaffenheit sind in den meisten Lieferungsstätten die Mullbinden und im Einzelpreis recht teuer. Die gewöhnlichen Kanülen der Subkutanspritzen sind billig aber

[1]) Verhandl. d. Ges. für Soz. Med. A. a. O.

äußerst schlecht und für wiederholte Anwendungen unbrauchbar. Auch hier würde die zentrale Produktion resp. der Großeinkauf einen wichtigen Fortschritt bedeuten. Nur fragt es sich, wo diese Artikel am besten untergebracht werden können. Die Kassen eignen sich hier nicht zu Filialdepots, weil es sich ja um dringlich verlangte Instrumente handelt. Am zweckmäßigsten dürfen diese Gegenstände dem Arzte einerseits, dem Apotheker andererseits in Verwahrung gegeben werden. Manches ist nach dem Gebrauche noch verwendbar (Inhalationsapparate Eisblasen, u. dgl.), könnte von den Zentralstellen zur Sterilisation im großen abgeholt und anderen Kranken gegeben werden. Von Wichtigkeit dürfte der Großeinkauf künstlicher Nährmittel durch den ständigen Ausschuß der Bezirkskassen sein; auch die selbständige Produktion wird hier gewünscht, nämlich die Errichtung von Krankenküchen für Erwachsene und Milchstuben für Säuglinge. Das ist ein sozial therapeutisches Gebiet, welches stark in die soziale Prophylaxe hinübergreift.

Manche Gebiete der Heilmittellieferung vertragen aber eine so weitgehende Zentralisation nicht. Der von Röder gemachte Vorschlag eines Zentralbadeinstitutes für die Berliner Krankenkassen wäre kein ökonomischer Fortschritt, denn sehr viele Versicherte können erst spät nach Verlassen der Arbeit ihr Dampfbad in der nächsten Badestelle nehmen. Hier ist die Dezentralisation bequemer und billiger, diese hat aber wiederum den Nachteil, daß in den privaten Badeanstalten die Kontrolle fehlt und daher zum Schaden der Kassen die Kurpfuscherei sich üppig entwickeln darf. Die privaten Badeanstalten geben dem Besucher gern den Rat, sich doch recht viele Dampfbäder verschreiben zu lassen, erst deren Masse könne wirken.

Dort wo eine Bandage besondere Konstruktion (Wanderniere. Bruchband usw.) erfordert, sind tüchtige Fachleute nötig, die fertigen Bruchbänder entsprechen nicht der Größe des Bruches, sind schlecht hergestellt, müssen daher zu oft erneuert werden und verursachen so unnötige Kosten.

Im Mittelpunkt dieser genossenschaftlichen Umbildung steht die Frage nach dem Bestande der Apotheken. Mögen die Handverkaufsartikel im großen eingekauft oder hergestellt werden. ihre Bezugsquellen sollten nur die Apotheken sein. Der Fehler, den gegenwärtig einzelne Krankenkassen durch das Hereinziehen der Drogengeschäfte, also durch das Heruntergehen von einem geprüften zum ungeprüften Stande, begangen haben, muß durch zentralisierte

Kassen wieder beseitigt werden. Denn die Drogengeschäfte, diese Brutstätten der Kurpfuscherei, dürfen bei der sozialen Versicherung in Zukunft nicht zugelassen werden. Andere Fragen sind, ob die wirtschaftliche Existenz der Apotheken und des Personals derselben gesichert wird, wenn der Handverkauf auch der heute freigegebenen Mittel in die Apotheken zurückkehrt und ob dann die „ärztliche Raterteilung", die Verbindung mit Kurpfuschern, die Empfehlung von Geheimmitteln aus diesen Stätten des Heildienstes verschwinden werden. Leider dürften diese Fragen nicht zu bejahen sein, wenn wir uns überlegen, daß die Zentralisation der Kassen die Selbstversorgung mit Heilmitteln vermindert, den Kreis des privaten Bedarfs einengt und das Medikament im Wettbewerb mit anderen Heilfaktoren noch mehr als jetzt in den Hintergrund treten läßt. Erinnern wir uns ferner, wie die einzigen Apotheken kleiner Ortschaften auf die Kassen bzw. die Kassenärzte einen Druck dahin auszuüben suchen, daß der Arzneikonsum ja nicht verringert werde. Schließlich ist auch des Konzessionswesens und der schlimmen Lage der Apothekergehilfen, die mit Notwendigkeit zur Bildung einer Gewerkschaft führte, zu gedenken. Alles dieses macht uns begreiflich, weshalb von verschiedenen Seiten besonders auch von den Apothekern selbst der Wunsch nach Kommunalapotheken laut wurde.

Die berufliche Tätigkeiten der Pharmazeuten ist auch mit einer beamteten Stellung ohne Schaden für die Kranken leicht zu vereinen. Sie besteht einerseits aus rein geschäftlichen Leistungen, Abgabe vorrätiger Substanzen andererseits in pharmakologisch-wissenschaftlischer Arbeit bei Mischungen, Wägungen, Harnanalysen u. a. Mag die letztere auch mit hoher Verantwortung verbunden sein, so erfolgt sie doch im Auftrage des Arztes: der Apotheker tritt nicht mit seiner ganzen Persönlichkeit so dem Kranken entgegen wie der Arzt.

Die Körperschaften der Krankenversicherung haben an der Reform der Apotheken ein wichtiges Interesse nicht allein aus ökonomischen Gründen, sondern auch, weil eine Kontrolle der Beschaffenheit der eingekauften Stoffe und fertigen Verordnungen von größter Bedeutung für die Versicherten ist.

Die Vermehrung der ländlichen Krankenhäuser wird den Krankenkassen auch die Pflicht auferlegen, das Krankentransportwesen zu verbessern, eigene Krankenwagen, Desinfektionsvorrichtungen, Sauerstoffinhalationsapparate anzuschaffen und dauernd bereit zu halten. Krankenpfleger würden hierzu von den Kassen als Beamte angestellt werden.

Die völlige Verstaatlichung.

Wenn wir aus obiger Darlegung sehen, wie zahlreiche Fachleute der Heilkunst der zweifelhaften Existenz eines freien Gewerbes entzogen werden und an den zentralen und lokalen Dienststellen der sozialen Versicherung als Beamte fungieren können, so liegt die Idee nahe, auch das Heilpersonal aus Arbeitnehmern in Beamte umzuwandeln. Es fungieren ja heute bereits die leitenden Ärzte der Heilstätten der Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften als festangestellte Beamte, ebenso die dort beschäftigten Pfleger, Pflegerinnen und Assistenzärzte, wenn auch letztere vorläufig als Beamte in Übergangstellung. Dazu kommen schon gegenwärtig die gutachtlich tätigen, beamteten Vertrauens-, Spezialärzte und wohl auch ärztliche Gewerbeinspektoren. Es fragt sich nun, ob es auch ratsam ist, den frei praktizierenden Kassenärzten einen beamteten Charakter zu geben. Rein vom Standpunkte der wirtschaftlichen Versorgung haben einige Ärzte diese Frage bejaht. Schreber, Verhandl. d. Ges. f. Soz. Medizin u. Reform, 1906, S. 281, beantwortet ganz im Sinne Zeplers und Lassars den Wunsch nach freier Zulassung dahin, daß jeder Arzt, der es wünsche, als beamteter Kassenarzt anzustellen sei, aber dabei begeht er den Kardinalfehler, ein festes Gehalt zu verlangen. Jedes feste Gehalt, mag es sogar doppelt so hoch sein als Schreber zugesteht, wirkt nämlich als Pauschalhonorar, die Patienten geraten dadurch in Gefahr hinsichtlich der Einzelleistungen. Das ist die Ursache, weshalb bisher in allen Fällen das System beamteter Kassenärzte Fiasko gemacht hat. Das Pauschale in Form des festen Gehaltes zerstört völlig den Wettbewerb sowohl der Ärzte als der Arztformen untereinander. Diese aus dem Werdegang der Kassenarztfrage hervorgegangene Erfahrung und unumstößliche Tatsache hat Schreber übersehen, sonst hätte er außer einem festen Gehalt als der Grundlage eine Bezahlung jeder einzelnen Leistung nach einen korporativ zu vereinbarenden Mindesttarif fordern müssen.

Ein solches Grundgehalt würde nur zur Versorgung dienen, also ein Existenzminimum der Kassenärzte bedeuten, in der Erkenntnis, daß selbst bei freier Zulassung und Bezahlung der Einzelleistungen, aus deren Einnahmen ausschließlich nur wenige Ärzte ihren Unterhalt beschaffen können.

Doch entspricht jede Beamtung des frei praktizierenden Heilpersonals kaum dem sozialen Geiste der Versicherung, noch

weniger der Stellung des Arztes in derselben, am wenigsten den Bedürfnissen des Versicherten. Dieser soll am behandelnden Arzte seinen Rechtsanwalt, nicht einen Staatsanwalt oder Richter haben. Das kranke Individuum, die individuelle Krankkeit erfordern eine individuelle Behandlung. Gering ist die Gefahr der Polypragmasie, welche durch den Ausbau der therapeutischen Ökonomie gemildert werden kann, gegenüber der Sparsamkeit genügsamer, selbstzufriedener und verknöcherten Beamten. Außerdem bietet sich ein anderer schon betretener Weg der wirtschaftlichen Hebung des Standes, nämlich die Förderung und weiterer Ausbau der ärztlichen Gewerkschaft und Genossenschaft. Dieser muß aufgetragen werden, jedem einzelnen Mitgliede einen ausreichenden Wirkungskreis zu verschaffen, ihre Fürsorgeeinrichtungen für die invaliden Ärzte und die Hinterbliebenen, ihre Organisation des Rettungs-, Nacht- und Sonntagsdienstes sind von den Körperschaften der sozialen Versicherung zu fördern. Sehr wesentlich könnte die Lage des frei praktizierenden Heilpersonals durch die Errichtung von Tarifämtern für die Privatpraxis gebessert werden. (Vgl. Medizinische Klinik 1905, 49, S. 1255.)

Von den Nichtärzten, die sich zum Kapitel der Arbeitnehmer der sozialen Versicherung geäußert haben, scheint mir besonders Sayffaerth diese verwickelten Verhältnisse erkannt zu haben. Er meint, die Krankenkassen würden durch vorzeitige Überlassung geeigneter Fälle zwecks intensiven Heilverfahrens an Berufsgenossenschaften und Landesversicherungen Ersparnisse machen, welche zur Aufbesserung der Leistungen an einigen Stellen und zur besseren Bezahlung der Ärzte verwendet werden könnten (Verhandl. d. Ges. f. Soz. Med., H. 12, 1905, S. 47).

Größere Beiträge würden hierzu bei der Organisation der Arbeitsvermittlung frei werden (ebendort S. 47). Vielleicht wird die Zunkunft lehren, daß die freie Arztwahl und die höhere Honorierung der Einzelleistung gar nicht die befürchtete Steigerung der Ausgaben zur Folge hat (S. 54). Aus unseren Darlegungen ergeben sich klar die Maßnahmen, welche zu treffen sind, um bei der Neuordnung der Arbeiterversicherung auf diejenigen Berufe Rücksicht zu nehmen, für deren Versorgung zwar die Versicherung nicht geschaffen wurde, auf deren Schultern aber die Ausführung der wichtigsten Funktion ruht, nämlich die der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Das preußische Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905.[1]

Von Dr. Franz Nesemann.
Regierungs- und Medizinalrat in Berlin.

Die vom preußischen Ministerium der Medizinalangelegenheiten in Aussicht gestellten Änderungen der Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetze vom 28. August 1905, auf welche in Heft 3 Band I dieser Zeitschrift auf Seite 246 (Anmerkung) hingewiesen worden war, sind inzwischen durch Erlaß des Herrn Ministers vom 25. September 1906 bekannt gegeben worden.

Eine Zusammenstellung der sämtlichen nunmehr gültigen Ausführungsbestimmungen ist unter der Bezeichnung „Allgemeine Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten" erschienen und in Nr. 17 des Ministerialblattes 1906 für Medizinal- und medizinische Unterrichts-Angelegenheiten abgedruckt.

Gleichzeitig mit diesen „Allgemeinen Ausführungsbestimmungen" sind für neun übertragbare Krankheiten, nämlich Diphtherie, übertragbare Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Milzbrand, Rotz, übertragbare Ruhr, Scharlach und Unterleibstyphus Sonderanweisungen zu ihrer Bekämpfung erschienen, welche in einer besonderen Beilage zu Nr. 16 des genannten Ministerialblattes abgedruckt sind. Diese Sonderanweisungen enthalten nun zwar einzelne, für jede der übertragbaren Krankheiten besonders gültige Bestimmungen, bringen jedoch im wesentlichen eine Zusammenstellung der für die einzelnen übertragbaren Krankheiten in Betracht kommenden Bestimmungen des Gesetzes vom

[1] Nachtrag zu den Artikeln in Band I dieser Zeitschrift.

28. August 1905 selbst sowie der dazu erlassenen allgemeinen Ausführungsbestimmungen in ihrer jetzigen Fassung. Aus diesem Grunde kann von einem Abdruck und eingehender Besprechung der einzelnen Sonderanweisungen an dieser Stelle Abstand genommen werden, doch werden sie, soweit möglich, Berücksichtigung finden.

Die Ausführungsbestimmungen in ihrer jetzigen Fassung enthalten gegenüber ihrer ursprünglichen in den früheren Nummern dieser Zeitschrift abgedruckten Fassung einige Änderungen und Ergänzungen.

Viele derselben haben jedoch hauptsächlich Interesse für die Behörden, weniger für das ärztliche und weitere Publikum. Sie werden daher, zumal da auch der in dieser Zeitschrift zur Verfügung stehende Raum beschränkt ist, nur insoweit wörtlich abgedruckt werden, als es zum Verständnis notwendig ist, dabei aber auch die übrigen Bestimmungen ihrem wesentlichen Inhalt nach Erwähnung finden.

Die Änderungen und Zusätze der Ausführungsbestimmungen in ihrer neuen Fassung betreffen hauptsächlich die Abschnitte 2 und 3 des Gesetzes über die Ermittlung der Krankheit und die Schutzmaßregeln, ferner die Desinfektions-Anweisung, während die Ausführungsbestimmungen zu den übrigen Abschnitten des Gesetzes nur wenig geändert sind.

Im ersten Abschnitt, welcher sich auf die Anzeigepflicht bezieht, haben die Ausführungsbestimmungen zu § 1 folgenden Zusatz erhalten:

…ßer Erkran…ng ist auch …er Todesfall anzuzeigen.

Der Todesfall ist auch dann anzuzeigen, wenn die Erkrankung des Verstorbenen bereits angezeigt war.

Hiermit wird allerdings nur die Auffassung bestätigt, welche bereits bei Besprechung des § 1 Abs. 1 des Gesetzes, in Heft 2, Seite 164 Ausdruck gefunden hatte. In der Praxis dürfte indessen diese Bestimmung auf manche Schwierigkeiten stoßen und auch manche veranlassen.

Es sei nur an folgenden Fall gedacht. Auf dem Lande erkrankt jemand an einer übertragbaren Krankheit. Es wird ein Arzt zugezogen, der auch den Krankheitsfall vorschriftsmäßig der Ortspolizeibehörde anzeigt. Der Arzt wird indessen nicht weiter zu dem Kranken geholt, dieser bleibt ohne weitere Behandlung und stirbt. Eine Leichenschau besteht nicht für den Bezirk, zu welchem der Ort gehört. Nnn wäre der Haushaltungsvorstand zur Anzeige verpflichtet. Wird dieser aber überhaupt von dieser Verpflichtung Kenntnis haben? Unterläßt er aber die Anzeige, so ist er nach

§ 35 Abs. 1 des Gesetzes strafbar. Vielleicht hat nun auch der zugezogene Arzt zufällig, etwa dadurch, daß die Angehörigen die Arztkosten begleichen wollen, Kenntnis von den erfolgten Tode des Kranken erhalten. Ist er damit gemäß § 1 Abs. 1 und § 2 Ziffer 1 verpflichtet, die Anzeige an die Ortspolizeibehörde zu erstatten, falls diese von den Angehörigen noch nicht erstattet ist?

Um derartige Schwierigkeiten zu vermeiden, die Anzeige des erfolgten Todes aber unter allen Fällen zu sichern, dürfte es zweckmäßig sein, den Standesbeamten die Verpflichtung aufzuerlegen, daß sie die bei ihnen amtlich zur Anmeldung gelangenden Todesfälle an übertragbaren Krankheiten der Ortspolizeibehörde anzeigen oder, sollte sich dieses als untunlich erweisen, daß sie wenigstens die Angehörigen des Verstorbenen an ihre Verpflichtung erinnern, den Todesfall auch der Ortspolizeibehörde anzuzeigen.

Das hier mit Bezug auf das preußische Gesetz Erörterte hat in gleicher Weise auch für das Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 Geltung.

In den Ausführungsbestimmungen zu § 4 hat Abs. 2 nur eine unbedeutende formale Änderung erlitten, Absatz 6 dagegen folgenden Zusatz erhalten:

Ratschläge an Ärzte.

Ratschläge an Ärzte für die Bekämpfung der übertragbaren Genickstarre, der Körnerkrankheit, der übertragbaren Ruhr, des Typhus und des Milzbrandes, sowie zur Verteilung an die Bevölkerung geeignete gemeinverständlicbe Belehrungen über die Diphtherie, die übertragbare Genickstarre, die Körnerkrankheit, die übertragbare Ruhr, den Scharlach, den Typhus, den Milzbrand und den Rotz, werden in der erforderlichen Anzahl in dem Ministerium der Medizinalangelegenheiten bereit gehalten und können behufs Verteilung zur Zeit einer Epidemie erbeten werden.

Belehrung für Schwangere [und] Wöchnerinnen.

Die zur Verteilung an die Hebammen und Standesbeamten bestimmte gemeinverständliche Belehrung: „Wie schützt sich die Wöchnerin vor dem Kindbettfieber?“ kann durch Vermittlung des Ministeriums der Medizinalangelegenheiten zum Selbstkostenpreis bezogen werden.

Die Ratschläge für die Ärzte sind in genügender Anzahl den Regierungen und dem Polizeipräsidium in Berlin zur alsbaldigen Verteilung an die Ärzte überwiesen worden. Diese, wie die Belehrungen für die Bevölkerung und die Belehrungen für Wöchnerinnen, finden sich in den Sonderanweisungen für die einzelnen übertragbaren Krankheiten abgedruckt.

Nach § 29 der Sonderanweisung zur Bekämpfung des Kindbett-

fiebers, wird den Gemeinden oder weiteren Kommunalverbänden empfohlen, die Belehrungen für die Wöchnerinnen, die Hebammen und Standesbeamten in angemessener Anzahl zur Verfügung zu stellen. Die Standesbeamten sollen ferner veranlaßt werden, jeder Person, welche eine Geburt anmeldet, ein Exemplar mitzugeben, die Hebammen dagegen angewiesen werden, jeder Schwangeren, welche sich an sie wendet, ein Exemplar davon auszuhändigen.

Es sollen also die Belehrungen den vor oder kurz nach ihrer Entbindung befindlichen Frauen direkt in die Hand gegeben werden.

Nun werden aber in den an und für sich ja recht wertvollen Belehrungen einmal das Wesen und die Ursachen des Kindbettfiebers ausführlich behandelt und die Mittel zu seiner Verhütung angegeben.

Diese erstrecken sich auf Vorsichtsmaßregeln bei der inneren Untersuchung der Schwangeren oder Gebärenden sowie auf die Desinfektion der Hände und der bei der Entbindung gebrauchten Instrumente. Das sind doch aber alles Vorschriften, die nur für den Arzt und die Hebamme Geltung haben, nicht aber für betreffende Frauen.

Außerdem werden zum Teil für die Verhütung des Wochenbettfiebers Vorbedingungen gefordert, welche in der ärmeren Bevölkerung oft nicht erfüllt werden können. Dazu gehört es, wenn verlangt wird, daß das Geburts- und Wochenzimmer hell, groß und luftig sein muß, eine Temperatur von 17—19 ° Celsius haben soll, daß das Bett mit einer festen Matratze und einer wasserdichten Unterlage versehen sein soll usw.

Es ist nun zu befürchten, daß die betreffenden Frauen bei dem Hinweis auf die Gefahren, welchen sie im Wochenbett ausgesetzt sind, und in der Erkenntnis, daß ihre Verhältnisse es ihnen nicht gestatten, die geforderten Maßnahmen zur Verhütung dieser Gefahren zu treffen, ernstlich b e u n r u h i g t werden, während ihnen doch in ihrem Zustande Ruhe des Gemüts besonders vonöten ist.

Dieser Übelstand könnte vermieden werden, wenn nur die Hebammen die Belehrungen in die Hand bekämen mit der Anweisung, danach die sich ihnen anvertrauende Frauen in schonender Weise zu belehren. Es dürfte sich dann aber empfehlen, die Belehrungen weiteren Kreisen, namentlich solchen Frauenvereinen, welche sich der Schwangeren und Wöchnerinnen annehmen, zugänglich zu machen.

Als eine hohe Aufgabe privater Fürsorge dürfte es sich schließlich erweisen, jede ihrer Entbindung entgegensehende Frau unter

solche hygienischen Verhältnisse zu versetzen, wie sie in den Belehrungen zur Verhütung des Kindbettfiebers vorausgesetzt werden.

Im zweiten Abschnitt betreffend die Ermittlung der Krankheit sind die Ausführungsbestimmungen der Übersichtlichkeit wegen in zwölf kleinere Abschnitte geteilt. Außerdem enthält der Abschnitt viele Änderungen und Zusätze.

Jeder Fall von Typhus, Milzbrand u. Rotz bakteriol. zu untersuchen.

Die von dem beamteten Arzt zu veranlassenden bakteriologischen Untersuchungen sind nach den jetzigen Bestimmungen in jedem Fall von Typhus, Milzbrand und Rotz zu veranlassen.

Verfahren bei Milzbrand und Rotz.

Neu ist die Bestimmung, daß der beamtete Arzt in Fällen von Milzbrand und Rotz die Ermittlungen im Benehmen mit dem beamteten Tierarzt vorzunehmen hat und daß darauf zu achten ist, die gesundheitspolizeilichen Maßnahmen im Einklang mit den veterinärpolizeilichen zu treffen.

Ermittlungen in Ortschaften über 10000 Einwohner.

Neu ist ferner folgende Bestimmung: In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern, in welchen die Seuche[1]) bereits festgestellt ist, haben die Ermittlungen und Feststellungen auch dann zu geschehen, wenn die Entfernungen, in welchen neue Krankheitsfälle sich ereignen, von den alten Fällen so groß oder die örtlichen Bedingungen ihrer Entstehung so verschieden sind, daß die Sachlage nicht viel anders ist, als wenn die Krankheit in zwei verschiedenen, einander naheliegenden Ortschaften ausbricht. Es empfiehlt sich, daß in solchen Ortschaften die Polizeibehörde im Einvernehmen mit dem beamtetem Arzt im voraus allgemein Bezirke räumlich abgrenzt, in deren jeden der erste Seuchenfall von ihnen jedesmal behandelt werden soll, wie der erste Fall der ganzen Ortschaft.

In den Sonderanweisungen für die einzelnen übertragbaren Krankheiten sind besondere Bestimmungen enthalten, welche Punkte von den Ärzten bzw. beamteten Ärzten bei der Ermittlung der ersten Fälle zu berücksichtigen sind. Wegen Raummangels muß leider auf nähere Angaben verzichtet werden.

Verfahren bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach.

In betreff des ersten Falles von Diphtherie, Körnerkrankheit oder Scharlach in einer Ortschaft wird bestimmt, daß, falls der Fall nicht einem Arzte angezeigt worden ist, die Polizeibehörde, sobald sie irgendwie Kenntnis von dem Ausbruche der Krankheit erhalten hat, behufs Kostenersparnis stets dem nächsterreichbaren Arzt unter Übersendung der Anzeige mit der Ermittlung und

[1]) Unter „Seuche“ ist hier jede übertragbare Krankheit zu verstehen.

Feststellung des Falls beauftragt; falls aber die Anzeige durch einen Arzt erstattet ist, diesen um die erforderlichen Aufschlüsse ersucht.

Ermittlungen bei jedem Fall von Kindbettfieber.

Die Regierungspräsidenten[1]) können Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- und Todesfall anordnen. Neu ist, daß ihnen empfohlen wird, von dieser Befugnis bei jedem einzelnen Krankheits- oder Todesfall an Kindbettfieber oder Kindbettfieberverdacht Gebrauch zu machen.

Wöchentliche Nachweisungen.

Die Bestimmungen über die dem Regierungspräsidenten nach Anlage 3 einzureichenden Wochennachweisungen über die gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle übertragbarer Krankheiten sind in der Weise geändert, daß die Nachweisungen nunmehr von den Kreisärzten, und zwar am Dienstag zu erstatten sind. Die Regierungspräsidenten haben andererseits ihre Wochennachweisungen nach Anlage 4 auch dem Kaiserlichen Gesundheitsamt und dem Generalkommando, und zwar am Dienstag einzureichen.

Bakteriolog. Feststellung.

Neu sind ferner folgende Bestimmungen: Für die bakteriologische Feststellung übertragbarer Krankheiten sind eine Anzahl staatlicher und städtischer Untersuchungsanstalten namhaft gemacht. Aus der Zahl dieser Anstalten sollen die Regierungspräsidenten im voraus bestimmte Stellen bezeichnen, an welche die Untersuchungsobjekte aus ihrem Bezirk eingesandt werden können, ebenso haben sie dafür Sorge zu tragen, daß zur Aufnahme der Untersuchungsobjekte geeignete Gefäße an bestimmten Stellen, welche den beamteten sowie den praktischen Ärzten bekannt zu geben sind, bereitstehen.

Die bakteriologischen Untersuchungsanstalten sind somit nicht nur zur amtlichen bakteriologischen Feststellung der Krankheit bestimmt, sondern können auch von den Ärzten zur Sicherung der Diagnose, so besonders bei Diphtherie, Genickstarre, Typhus, Ruhr, Milzbrand und Rotz in Anspruch genommen werden, sobald die für den einzelnen Bezirk in Betracht kommenden Anstalten amtlich bekannt gegeben sind. Zur Entnahme und Versendung der Untersuchungsobjekte werden dann an gleichfalls bekannt zu gebenden Stellen (Apotheken usw.) für jede der genannten Krankheiten besondere Gefäße bereit gehalten und unentgeltlich abgegeben, denen auch eine Anweisung zur Entnahme und Versendung der Objekte beigefügt sind.

[1]) Alle Funktionen, welche in den Ausführungsbestimmungen den Regierungspräsidenten als Landespolizeibehörde zugewiesen werden, fallen im Landespolizeibezirk Berlin dem Polizeipräsidenten von Berlin zu.

Schließlich ist noch die neue Bestimmung zu erwähnen, daß der Minister der Medizinalangelegenheiten zur endgültigen Feststellung des Typhus in einer Ortschaft auch besondere Sachverständige an Ort und Stelle zu entsenden berechtigt ist. Feststellung bei Typhus.

Den Schluß der Ausführungsbestimmungen zu § 6 bilden Bestimmungen über wöchentlichen Austausch der Mitteilungen über Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten zwischen Zivil- und Militärbehörden.

Die Ausführungsbestimmungen zu § 8 des Gesetzes (Schutzmaßregeln) haben verschiedene wichtige Änderungen und Zusätze erhalten.

Zunächst wird den Ärzten, welche von der Polizeibehörde mit der Ermittlung der Krankheit betraut werden, — nicht beamtete Ärzte kommen nur bei Diphtherie und Scharlach in Frage — zur Pflicht gemacht, bei den Vorschlägen, welche sie den Polizeibehörden machen, darauf Rücksicht zu nehmen, daß sich ihre Vorschläge nur auf solche Maßnahmen beschränken, welche nach Lage des Falls ausreichend erscheinen eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhüten. Grundsätze für die von Ärzten zu machenden Vorschläge.

Soweit bei Milzbrand und Rotz veterinärpolizeiliche Interessen berührt werden, hat sich der beamtete Arzt mit dem beamteten Tierarzt ins Benehmen zu setzen.

Die zur Verhütung der Weiterverbreitung eines Falls einer übertragbaren Krankheit getroffenen Maßnahmen sind wieder aufzuheben: Aufhebung der Maßregeln.

bezüglich der kranken Personen nach erfolgter Genesung, nach Überführung in das Krankenhaus oder nach dem Ableben des Kranken, in allen Fällen jedoch nur, nachdem die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion stattgefunden hat;

bezüglich der krankheitsverdächtigen Personen bei Kindbettfieber, Rückfallfieber, Typhus und Rotz, wenn sich der Verdacht als begründet nicht herausgestellt hat; bei Typhus ist dieses erst dann anzunehmen, wenn eine mindestens zweimalige bakteriologische Untersuchung negativ ausgefallen ist.

Absatz I enthält folgende neue Bestimmungen: Die Dauer der zulässigen Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen beträgt bei Tollwut längstens ein Jahr. Dauer der Beobachtung.

Anscheinend gesunde Personen, welche in ihren Ausleerungen die Erreger von Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Ruhr oder Typhus ausscheiden („Bazillenträger“) sind auf die Gefahr, Bazillenträger.

welche sie für ihre Umgebung bilden, aufmerksam zu machen und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßregeln anzuhalten).[1]

Zureisende Personen.

Die in Absatz II den Regierungspräsidenten erteilte Ermächtigung für zureisende Personen, welche aus Bezirken kommen, in denen Körnerkrankheit, Rückfallfieber oder Typhus ausgebrochen ist, die Meldepflicht anzuordnen, wird auf Fälle dringender Gefahr beschränkt.

Absonderung des Kranken.

In Absatz III haben die Bestimmungen über die Absonderung des Kranken eine gewisse Einschränkung erfahren.

So soll die Absonderung womöglich in der Behausung des Kranken stattfinden; in Fällen, in denen dieses nicht möglich ist, soll der Kranke veranlaßt werden, sich freiwillig in ein Krankenhaus zu begeben.

Nur falls die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zweck der Absonderung notwendigen Einrichtungen auf Erfordern der Polizeibehörde nicht getroffen werden, kann die zwangsweise Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden, falls es der beamtete Arzt für unerläßlich und der behandelnde Arzt ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt.

Aufhebung der Absonderung.

Neu sind ferner folgende Bestimmungen: Die Absonderung eines an Ruhr oder Typhus Erkrankten ist auch nach seiner Genesung erst dann aufzuheben, wenn sich die Stuhlentleerungen des Kranken bei zwei, durch den Zeitraum einer Woche voneinander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Ruhr- bzw. Typhusbazillen erwiesen haben.

Ist dieses nach Ablauf von 10 Wochen, vom Beginn der Erkrankung an gerechnet, noch nicht der Fall, so ist die Absonderung aufzuheben, doch ist die betreffende Person als „Bazillenträger" zu behandeln.

Transport kranker und krankheitsverdächtiger Personen.

Es folgen dann besondere Bestimmungen über den Transport von Personen, welche nach den Bestimmungen des Gesetzes abgesondert werden können. Es betrifft dieses kranke und krankheitsverdächtige Personen (s. Heft 3. S. 238) bei Rotz, Rückfallfieber und Typhus sowie kranke Personen bei übertragbarer Genickstarre, Ruhr, Tollwut, Diphtherie und Scharlach. Droschken, Straßen- oder Eisenbahnwagen und dgl. sollen in der Regel von

[1] In den ursprünglichen Ausführungsbestimmungen waren die Bazillenträger nur bei Typhus berücksichtigt worden.

diesen nicht benutzt werden. Ein ausnahmsweiser Transport von Kranken oder Krankheitsverdächtigen im Sinne des Gesetzes auf der Eisenbahn ist von der Polizeibehörde nur zu gestatten, falls ein zuverlässiger Begleiter mitgegeben wird und weitere Vorsichtsmaßregeln getroffen werden. Das betreffende Wagenabteil und der Abort sind vorschriftsmäßig zu desinfizieren.

Es ist schon in seuchenfreien Zeiten darauf hinzuwirken, daß wenigstens in größeren Städten zur Beförderung der Kranken geeignete, außen und innen desinfizierbare Fuhrwerke von Fuhrherrn, Vereinen oder aus öffentlichen Mitteln bereit gehalten werden. Einrichtung eines Krankentransportwesens.

Nach jedem Krankentransport (es kommen nur die übertragbaren Krankheiten in Betracht) ist dem Wagenführer von der Ortspolizeibehörde ein Schein über die Ausführung des Transports auszustellen. Diesen hat der Wagenführer innerhalb 24 Stunden der Ortspolizeibehörde mit einem Ausweis über die Desinfektion des Fuhrwerks der Ortspolizeibehörde wieder zurückzugeben.

Im Absatz VIII haben die Bestimmungen über das Fernhalten jugendlicher Personen vom Schul- und Unterrichtsbesuch Ergänzungen erfahren. Schulen, Erziehungsanstalten usw.

Die Bestimmungen finden auch auf Erziehungsanstalten, Kinderbewahranstalten, Spielschulen, Warteschulen, Kindergärten. Krippen u. dgl. Anwendung.

Von jeder Fernhaltung einer Person von dem Schul- und Unterrichtsbesuche hat die Polizeibehörde dem Vorsteher der Schule (Direktor, Rektor, Hauptlehrer, ersten Lehrer, Vorsteherin usw.) unverzüglich Mitteilung zu machen.

Wenn eine im Schulhause wohnhafte Person an einer der vorbezeichneten Krankheiten erkrankt, so wird die Schulbehörde die Schule unverzüglich zu schließen haben, falls der Kranke nicht wirksam abgesondert werden kann.[1])

Besonders sorgfältig sind bei dem Ausbruch einer übertragbaren Krankheit die Kranken in Pensionaten, Alumnaten, Internaten, Waisenhäusern u. dgl. abzusondern und erforderlichenfalls unverzüglich in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum zu überführen.

Bei Diphtherie, übertragbarer Genickstarre und Scharlach ist darauf hinzuwirken, daß diejenigen Zöglinge, welche mit Erkrankten

---

[1]) Die Entscheidung zu treffen, ob die Absonderung genügt, ist Sache des beamteten Arztes.

in Berührung gewesen sind, täglich mehrmals Rachen und Nase mit desinfizierendem Mundwasser ausspülen. Auch ist denjenigen Zöglingen, welche mit Diphtheriekranken in Berührung gekommen sind, dringend anzuraten, sich durch Einspritzung von Diphtherieheilserum gegen die Krankheit immunisieren zu lassen.

Während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit empfiehlt es sich, daß der Anstaltsvorstand nur solche Zöglinge aus der Anstalt entläßt, welche nach ärztlichem Gutachten gesund, und in deren Absonderungen die Erreger der Krankheit nicht nachgewiesen sind.

Desinfektion.

In Absatz XI ist zunächst zu erwähnen, daß die Desinfektionsanweisung (Anlage 5) gegen die frühere wesentlich vereinfacht ist. 5 proz. Karbolsäurelösung, 5 proz. Kresolwasser, Kresolschwefelsäure, Schmierseife und Steinkohlen- oder Holzteer sind als Desinfektionsmittel überhaupt fortgefallen.

Außer der Desinfektion mittels strömenden Wasserdampfes, durch Verbrennen und Auskochen infizierter Gegenstände kommen jetzt nur folgende Desinfektionsmittel in Betracht: verdünntes, 2,5 proz. Kresolwasser, 3 proz. Karbolsäurelösung, $^1/_{10}$ proz. Sublimatlösung, Kalkmilch, Chlorkalkmilch und Formaldehyd in Dampfform, oder in 1 prozentiger wässeriger Lösung. Für die Bereitung dieser Desinfektionsmittel sind besondere Vorschriften gegeben.

Hausdesinfektion.

Für die Ausführung der Desinfektion ist es als besonders wichtig hervorgehoben, daß während der ganzen Dauer der Krankheit die Desinfektion am Krankenbett stattzufinden hat. Es soll in jedem Fall angeordnet und sorgfältig darüber gewacht werden, daß womöglich vom Beginne der Erkrankung an bis zu ihrer Beendigung alle Ausscheidungen des Kranken, und die von ihm benutzten Gegenstände, soweit sie als mit dem Krankheitserreger behaftet anzusehen sind, fortlaufend desinfiziert werden. Es wird besonders als Aufgabe der Polizeibehörde und der beamteten Ärzte (nach der zuerst erlassenen Anweisung auch der praktischen Ärzte) bezeichnet, die Bevölkerung bei jeder sich darbietenden, Gelegenheit auf die Desinfektion am Krankenbett hinzuweisen.

Diese Desinfektion hat sich zunächst auf alle Ausscheidungen des Kranken zu erstrecken; je nach der Natur der Krankheit kommen besonders Lungen- und Kehlkopfauswurf, Rachen- und Nasenschleim, dann Gurgelwässer, blutige, eitrige und wässerige Mund- und Geschwürsausscheidungen, bei Sterbenden auch aus Mund und Nase hervorquellende Flüssigkeit, weiter Erbrochenes

Stuhlgang und Harn, endlich Hautabgänge (Schorfe, Schuppen u. dgl.) in Betracht.

Außerdem sind zu desinfizieren Verbandgegenstände, Vorlagen von Wöchnerinnen, Schmutz- und Badewässer, Waschbecken, Spuckgefäße, Nachtgeschirre, Steckbecken, Badewannen (nachdem vorher der Inhalt desinfiziert ist), Eß- und Trinkgeschirre, Tee- und Eßlöffel, Messer, Gabeln usw., Spielsachen, Bücher, Bett- und Leibwäsche, zur Reinigung der Kranken benutzte Tücher, waschbare Kleidungsstücke, Haar-, Nagel- und Kleiderbürsten; ferner kommen für die Desinfektion noch in Betracht der Fußboden des Krankenzimmers, der Nachttisch oder die Wand in der Nähe des Bettes, je nachdem diese mit Ausscheidungen des Kranken beschmutzt worden sind. Kehricht und Gegenstände von geringerem Wert (Strohsäcke mit Inhalt, gebrauchte Lappen, einschließlich der bei der Desinfektion gebrauchten, abgetragene Kleidungsstücke, Lumpen u. dgl.) sind am besten, wo dieses angängig ist, zu verbrennen.

Auch die mit der Wartung und Pflege des Kranken betrauten Personen sollen ihren Körper, ihre Wäsche und Kleidung nach näherer Anweisung regelmäßig desinfizieren, besonders müssen die Hände des Kranken und der ihn umgebenden Personen jedesmal, wenn sie mit infizierten Gegenständen (Ausscheidungen des Kranken, beschmutzter Wäsche usw.) in Berührung gekommen sind, gründlich desinfiziert werden.

Fast für alle diese Desinfektionszwecke genügt das verdünnte 2,5 proz. Kresolwasser. Es empfiehlt sich daher, im Krankenzimmer ein Gefäß mit dieser Flüssigkeit vorrätig zu halten.

Schlußdesinfektion.

Genesene sollen vor Wiedereintritt in den Verkehr ihren Körper gründlich reinigen, und womöglich ein Vollbad nehmen. Auch die sogenannte Schlußdesinfektion, d. h. die Desinfektion, welche erfolgt, nachdem der Kranke genesen, in ein Krankenhaus oder in einen anderen Unterkunftsraum übergeführt, oder aber verstorben ist, läßt sich nach den nunmehr gültigen Desinfektionsvorschriften wesentlich vereinfachen.

Es lassen sich die übertragbaren Krankheiten[1]) in 2 große Gruppen teilen, nämlich in solche, bei denen zur Desinfektion der zu desinfizierenden Räume das Formaldehydgas anzuwenden ist, und in solche, bei denen es nicht anwendbar ist.

---

[1]) In betreff der Desinfektion bei gemeingefährlichen Krankheiten dürfte bald eine besondere Anweisung ergehen. Eine solche steht dem Vernehmen nach zurzeit beim Bundesrat zur Beratung.

Zur ersten Gruppe gehören: Diphtherie, übertragbare Genickstarre, Rotz, Rückfallfieber, Scharlach, Tuberkulose.

Zur zweiten: Granulose, Kindbettfieber, Milzbrand, Ruhr, Unterleibstyphus (einschließlich des Paratyphus).

Von den sonstigen oben angeführten Desinfektionsmitteln genügen für die Wohnungsdesinfektion vollständig verdünntes Krosolwasser, Kalkmilch und 1 % Formaldehydlösung; außerdem kommt für einzelne Gegenstände Verbrennen, für andere Auskochen in Betracht, während weitere (nicht waschbare Kleidungsstücke, Federbetten, wollene Decken, Matratzen ohne Holzrahmen, Teppiche usw.) am besten in einer Desinfektionsanstalt mittels strömenden Wasserdampfes desinfiziert werden.

Außer für die Wohnungsdesinfektion sind in Anlage 5 noch besondere Vorschriften für die Desinfektion von Krankenwagen, Krankentragen usw. sowie Personenfahrzeugen aller Art, dann aber auch von Schiffen und Flößen gegeben. Für Schiffe ist bei übertragbarer Ruhr und Unterleibstyphus auch eine Desinfektion des Kiel-(Bilge-)Raumes vorgesehen.

Erlaß von Desinfektionsordnungen.

Von weiterem Interesse dürften folgende neu aufgenommenen Bestimmungen sein: Es empfiehlt sich, in Gemeinden und weiteren Kommunalverbänden, welche das Desinfektionswesen regeln, in Benehmen mit dem beamteten Arzt Desinfektionsordnungen zu erlassen; diese bedürfen der Genehmigung des Regierungspräsidenten.

Überwachung der Desinfektion.

Die angeordneten Desinfektionsmaßregeln sind, soweit tunlich, durch staatlich geprüfte und amtlich bestellte Desinfektoren auszuführen, jedenfalls aber durch derartige sachverständige Personen zu überwachen.[1] Schließlich wird in Abschnitt XII bei Beerdigungen von Leichen der an einer übertragbaren Krankheit Verstorbenen noch besonders das Betreten des Sterbehauses durch Schulkinder verboten, während weitere Verbote für diese schon in den früheren Ausführungsbestimmungen enthalten waren.

Die Sonderanweisungen enthalten für einen Teil der übertragbaren Krankheiten noch besondere Bestimmungen, betreffend Maßregeln bei gehäuftem Auftreten der Krankheit sowie Vorbeugungs- und Vorbereitungsmaßregeln, die jedoch nur für die Staats- und Kommunalbehörden von wesentlichem Interesse sind.

[1]) Diese Bestimmung kann sich nur auf die Schlußdesinfektion beziehen. Die Überwachung der Hausdesinfektion wird, wie schon S. 298 hervorgehoben, am besten dem behandelnden Arzte überlassen bleiben, auch Krankenschwestern usw. anvertraut werden können.

In den Ausführungsbestimmungen zu den anderen Abschnitten sind noch folgende Änderungen erfolgt:

Verfahren der Militär- und Marinebehörden.

Die Ausführungsbestimmungen zu § 12 des Gesetzes weisen die Ermittelung der Krankheit und die Ausführung der nach Maßgabe der Allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz vom 28. August 1905 zu ergreifenden Schutzmaßregeln den Militär- und Marinebehörden zu, soweit es sich um zu diesen gehörige Militärpersonen, Grundstücke und Einrichtungen handelt; den Eisenbahnbehörden die Ausführung der zu ergreifenden Schutzmaßregeln, soweit es sich um Maßnahmen für den Eisenbahnverkehr und im Anschluß an diesen geführte Schiffahrtsbetriebe handelt.

Kostenprüfung.

Zu § 25 haben die Ausführungsbestimmungen folgenden Zusatz erhalten. Ist der Vorschrift zu § 6 zuwider[1]) von der Ortspolizeibehörde nicht der nächsterreichbare Arzt zugezogen worden und sind hierdurch Mehrkosten entstanden, so hat der Regierungspräsident zu prüfen, ob diese Abweichung gerechtfertigt erscheint. Ist dieses nicht der Fall, so ist der Ortspolizeibehörde nur derjenige Betrag zu erstatten, welcher im Falle der Zuziehung des nächsterreichbaren Arztes entstanden sein würde. Zu § 30 hat Absatz 1 folgende Erweiterungen und Zusätze erhalten:

Beschaffung von Unterkunftsräumen usw.

Die Kommunalaufsichtsbehörden haben beizeiten dafür Sorge zu tragen, daß der Bedarf an Unterkunftsräumen, Ärzten, Pflegepersonal, Arzenei, Desinfektions- und Beförderungsmitteln für Kranke und Verstorbene durch freiwillige Beschaffung seitens der Kommunalverbände, namentlich der Kreise, sicher gestellt wird.

In größeren Ortschaften ist auf die Errichtung von öffentlichen Desinfektionsanstalten, in welchen die Anwendung von Wasserdampf als Desinfektionsmittel erfolgen kann, hinzuwirken, sofern solche Anstalten nicht bereits in genügender Anzahl vorhanden sind. Die Ausbildung eines geschulten Desinfektionspersonals ist ebenfalls rechtzeitig vorzubereiten.

Weitere Änderungen enthalten die nunmehr in Kraft getretenen allgemeinen Ausführungsbestimmungen gegenüber den zuerst erlassenen nicht.

---

[1]) Es handelt sich um die Entwicklung der ersten Fälle bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach.

Der Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich.

Von Siegmund Kaff, Wien.

(Fortsetzung.)

Das erste Kriterium für die Beurteilung des sozialpolitischen Wertes eines Arbeitergesetzes, welches die obligatorische Versicherung bezweckt, ist die Frage nach dem Umfange der Versicherungspflicht. Nachdem einmal der Versicherungszwang in Theorie und Praxis zum Axiom der Gesetzgebung geworden ist, folgt daraus mit Notwendigkeit, daß das Obligatorium für eine bestimmte Klasse zur möglichst ausnahmslosen Regel werden muß und daß eine Durchbrechung derselben nur dann als zulässig angesehen werden kann, wenn die Schwierigkeiten, welche einer obligatorischen Einbeziehung aller Versicherungsbedürftigen entgegenstehen, so ganz außerordentlich große sind, daß sie die Durchführung des Versicherungszwanges unter gewöhnlichen Umständen verhindern.

Wie verhält sich nun der Entwurf in diesem wichtigen Punkte?

Hier muß zunächst ein Moment besprochen werden, welches in der Arbeiterversicherung Österreichs aktueller ist als in der Gesetzgebung des Deutschen Reiches. Das Regierungsprogramm führt nämlich die Invaliditäts- und Altersversicherung der Arbeiter ein, verbunden mit einer Unterstützung der hinterbliebenen Witwen und Waisen der Versicherten. Während nun im Deutschen Reiche die Zahl der gegen Unfall Versicherten weitaus größer ist als die Zahl der gegen Krankheit und Invalidität Versicherten, soll nach dem Programm der österreichischen Regierung die Zahl der Unfallversicherten weitaus geringer sein als jene der gegen Krankheit und Invalidität versicherten Personen.

Eine Kongruenz der drei Versicherungskreise ist weder in

Deutschland vorhanden noch würde sie nach dem Regierungsprogramm bei uns eintreten. Während aber im Deutschen Reiche die Inkongruenz der drei Versicherungskreise untereinander eine ganz erhebliche ist, würde sich nach dem vorliegenden Entwurfe bloß hinsichtlich der Unfallversicherung eine Inkongruenz ergeben, indes der Kreis der Kranken- und Invaliditätsversicherung sich nahezu völlig deckt. In Anbetracht der auch vom Regierungsentwurfe unternommenen Versuche einer organisatorischen Verschmelzung der Versicherungskreise ist dieses Moment nicht ganz ohne Belang. Das Regierungsprogramm läßt denn auch deutlich die Absicht erkennen, vor allem zwischen der Kranken- und Invaliditätsversicherung einen Zusammenhang herzustellen. Der deutlichste Beweis für diese gewiß nicht unzweckmäßige Tendenz liegt in der Bestimmung der Versicherungspflicht hinsichtlich der Kranken- und Invaliditätsversicherung, der alle Personen unterworfen sein sollen, „welche auf Grund eingegangener Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisse nicht in eigener Betriebsstätte arbeiten, oder Dienste gegen Entgelt verrichten". Damit ist der Kreis der Versicherungspflicht allerdings weit gezogen, er wird aber durch so zahlreiche Ausnahmen eingeengt, daß er nicht einmal als Norm gelten kann. Immerhin sollen die Vorteile der Definition anerkannt werden. Der Entwurf kennt mit Recht keine Grenze nach unten, dafür aber eine solche nach oben, indem er festsetzt, daß vom Versicherungszwange die im Monats- oder Jahresgehalt stehenden Personen, deren Bezüge monatlich 200 Kr., oder jährlich 2400 Kr. übersteigen, ausgenommen sein sollen. So sehr man nun die Bestimmung einer Maximalgrenze als berechtigt anerkennen mag, ebenso sehr wird man wohl — wenn man es nicht doch lieber vorzieht, von der Festsetzung einer Maximalgrenze gänzlich abzusehen — sich für eine höher gesteckte Grenze aussprechen müssen. Diese Forderung erscheint schon deshalb als begründet, weil auch die Kategorie der Beamten in die Versicherung einbezogen ist und für den Fall, daß für dieselben eine eigene Versicherungsorganisation, wie sie der Entwurf betreffend die Pensionsversicherung der Privatangestellten vorsieht, geschaffen werden sollte, eine Maximalgrenze nicht normiert wurde. Ebensowenig ist dies in der geltenden Gesetzgebung geschehen. Das Abweichen von dem bisherigen Prinzipe bezweckt — was die Regierung in den erläuternden Bemerkungen zum Entwurfe freilich nicht hervorhebt — eine Konzession an die Ärzte, welche Personen mit Jahresbezügen über 2400 Kr. nicht als versicherungsbedürftig

anerkennen und für ihre freie Praxis reklamieren. Wie sehr die wirtschaftlichen Verhältnisse auch der sogenannten höheren Dienstkategorien unter den Privatbeamten und Angestellten die Zulässigkeit einer solchen Konzession widerlegen, soll hier nicht weiter erörtert werden. Wir wollen uns bloß auf die Bemerkung beschränken, daß durch die Fassung des Regierungsentwurfes leicht die Möglichkeit eintreten kann, daß weitaus besser situierte Personen, als es die hier von der Versicherungspflicht ausgenommenen Kategorien sind, der obligatorischen Versicherung unterworfen sein könnten, wenn sich nur ihre Bezüge nicht als monatlich oder jährlich ausgezahlte „Gehalte“ darstellen, und daß entgegen der Absicht der Regierung leicht ein Einschleichen in die Versicherungspflicht stattfinden könnte, wenn — wie dies bei nicht wenigen Kategorien von Privatangestellten der Fall ist — die Auszahlung der Bezüge wöchentlich oder halbmonatlich erfolgt. Diese Tatsache zeigt zur Genüge, daß die Einschränkung der Versicherungspflicht, wie sie wenigstens hinsichtlich der Krankenversicherung nach dem Entwurfe gegenüber dem geltenden Gesetze erfolgt, leicht den Effekt haben kann, die sinngemäße Anwendung des Gesetzes illusorisch zu machen oder zu erschweren, und daß es daher schon aus rein gesetzestechnischen und praktischen Gründen bedenklich erscheint, die in Monatsgehalt stehenden Personen auszuschließen und die Gehaltsgrenze mit 200 Kr. monatlich abzustecken.

Noch weniger begründet ist die Ausschließung jener Personen, deren Beschäftigung bei einem und demselben Dienstgeber nicht länger als drei aufeinanderfolgende Tage dauert. Auch diese Kategorie von Versicherungsbedürftigen unterliegt nach dem geltenden Krankenversicherungsgesetze dem Versicherungszwange. Ihr Ausschluß läßt sich sozialpolitisch ebensowenig rechtfertigen, wie jener der sogenannten besser situierten Privatangestellten. Er bedeutet eine Konzession an die Dienstgeber, aber auch an die Kassenbureaukratie, welche man von der administrativen Mehrarbeit, die die unständigen Personen verursachen, befreien will. Aber heben denn „Saison“ und wechselnde Konjunktur die Versicherungsbedürftigkeit auf? Oder muß etwa diese ihre Schranke finden an der mehr oder minder größeren Leichtigkeit bei der Durchführung des Gesetzes? Es soll nicht weiter bestritten werden, daß sich heute schon durch die fortwährende An- und Abmeldung, sowie durch die wechselnde Beitragsabfuhr unstabiler Lohnarbeiter mancherlei Schwierigkeiten ergeben haben. Allein es ist gerade nach den bisherigen Erfahrungen zum mindesten zweifelhaft, ob

es einen praktisch wertvollen Ausweg bedeutet, von den unstabilen Lohnarbeitern gerade diejenigen auszuschließen, deren Beschäftigung bei demselben Dienstgeber nicht länger als drei aufeinanderfolgende Tage dauert. Es soll hierbei die sozialpolitische Seite gar nicht erörtert, sondern nur in Parenthese bemerkt werden, daß die Ausnahmsstellung der unstabilen Arbeiter hinsichtlich der Krankenversicherung vielfach dazu führen wird, daß die Dienstgeber von einer dreitägigen Beschäftigung Umgang nehmen werden, um der Versicherung zu entgehen. Allein selbst wenn man sich auf den rein administrativen Standpunkt stellt und die Frage nach der Durchführbarkeit des Gesetzes beurteilt, wird der Praktiker zugeben müssen, daß mit dem teilweisen Ausschluß der unstabilen Lohnarbeiter auch administrativ-technisch nicht allzu viel gewonnen werden könnte, weil es in der Praxis schwer halten dürfte, die Versicherungspflichtigen von den übrigen herauszugreifen. Gerade die Teilung dieser Kategorie von bisher versicherungspflichtigen Personen ist sehr geeignet, die Handhabung des Gesetzes zu komplizieren, und es stellt sich deshalb diese Bestimmung als eine ganz überflüssige Verschlechterung des gegenwärtigen Zustandes dar, bei dem die angeblich administrativen Vorteile in keinem Verhältnis zum Endeffekt stehen. Allein selbst wenn man die Unzukömmlichkeit, die die ausnahmslose Versicherung verursacht, noch so hoch veranschlagen würde, darf daraus keineswegs die Zulässigkeit eines Ausschlusses gefolgert werden; vielmehr müßte dieser Umstand nur dazu benützt werden, um die Unmöglichkeit oder Unzweckmäßigkeit zu illustrieren, die in der Verquickung des Arbeitsvertrages und der Versicherungspflicht liegt. Ist es nicht angängig, den ersteren von der letzteren vollständig zu emanzipieren, so müßte es im Hinblick auf die unständigen Arbeiter als notwendig befunden und angesehen werden, den Versicherungszwang in gewissen Fällen unabhängig vom Dienstvertrag zu machen. Die Regierung selbst empfindet die Härte des Ausschlusses und räumt deshalb den hiervon Betroffenen das Recht des freiwilligen Versicherungsverhältnisses ein; damit gibt sie selbst die Überschätzung der administrativen Schwierigkeit zu und schwächt die Gründe ab, die sie zum Ausschlusse veranlaßten.

Eine dritte schwerwiegende Ausnahme betrifft die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, soweit dieselben nicht unter die Dienstboten- und Gesindeordnungen fallen. Diese Kategorie von Versicherungsbedürftigen war zwar bisher nicht krankenversicherungspflichtig; ihre nunmehrige Einbeziehung ist

offenbar unter dem Gesichtspunkte erfolgt, daß es sich hier um eine Masse handelt, für welche der Versicherungszwang durchaus notwendig ist. Dadurch aber, daß die Versicherungspflicht auf die den Dienstboten(Gesinde)-ordnungen unterstehenden Knechte und Mägde der Land- und Forstwirtschaft beschränkt wird, welche heute im Erkrankungsfalle auf eine vierwöchentliche Naturalverpflegung seitens des Dienstgebers Anspruch haben, bleibt die überwiegende Mehrzahl der land- und fortwirtschaftlichen Arbeiter außerhalb der Versicherung; denn nicht nur der Großgrundbesitz, auch die mittleren Landwirte sowie die Kleinbauern beschäftigen heute vielfach nichtständige Arbeiter. Insbesondere zur Erntezeit schwillt die Zahl dieser vorübergehend beschäftigten Tagelöhner derart an, daß sie die Menge des ständigen Gesindes weitaus überragt. Es hat aber auch in anderer Beziehung sein Mißliches, die vollständig veralteten Dienstboten- und Gesindeordnungen zum Ausschluß einer nicht bloß zahlenmäßig, sondern auch sonst schwer feststellbaren Masse von versicherungsbedürftigen Personen zu benützen. In der Praxis würde sich eine solche Scheidung als vollständig verfehlt herausstellen, weil weder die Grundbesitzer noch die versicherungsbedürftigen Landproletarier an der Einhaltung dieser Bestimmungen interessiert erscheinen und eine strikte Durchführung des Gesetzes auch hier an den Wirklichkeiten des wirtschaftlichen Lebens ohnmächtig zerschellen würde. Die Agrarverfassung muß sozialpolitisch genommen werden, wie sie ist und darf kein Hindernis bilden für die Anerkennung des Prinzips der Versicherungspflicht, wenn man sich überhaupt teilweise dafür schon zu engagieren bereit ist. Aber nicht bloß sozialpolitisch, auch agrarpolitisch erscheint der Ausschluß der landwirtschaftlichen Tagelöhner unangebracht.

Ja, man muß sagen, daß die Bedenken, die hinsichtlich des Ausschlusses der unständigen Arbeiter geäußert wurden, in verstärktem Maße gegen die unvollständige Einbeziehung der landwirtschaftlichen Arbeiter in die Versicherungspflicht sich geltend machen lassen. Die Landflucht wird durch die Beschränkung der Versicherung auf die Arbeits- und Hausgenossen des Landwirts nicht im geringsten oder nur unwesentlich eingeschränkt werden. Sie wird vielmehr dazu führen, daß die der Hausgenossenschaft des Landwirts nicht angehörigen Arbeiter in erhöhtem Grade das Bedürfnis empfinden werden, in der Industrie Beschäftigung zu finden, und die Landflucht wird um so größere Dimensionen annehmen, je auffälliger der Unterschied zwischen der Lebenshaltung

des ständigen Dienstpersonals und dem vorübergehend beschäftigten Tagelöhner in der Landwirtschaft sich gestaltet. Dazu kommt, daß die Zahl der bäuerlichen und landwirtschaftlichen Betriebe, von welchen ständiges Arbeitspersonal gehalten wird, überhaupt im Abnehmen begriffen ist, und daß das agrarische Arbeitsverhältnis mehr und mehr den ursprünglichen patriarchalischen Charakter verliert. Die Naturallöhnung spielt nicht mehr jene Rolle wie einstmals, und die Verhältnisse nähern sich hinsichtlich der Unständigkeit jenen gewisser Industriezweige, nur daß diese Änderung für beide Gruppen der Landbevölkerung von weit ungünstigeren Konsequenzen begleitet ist, als dies beim Übergang vom Handwerksbetriebe zur Großindustrie der Fall war.

Auch bei den übrigen Kategorien Versicherungsbedürftiger kommen wesentlich administrativ-technische Momente in Betracht. Die Eigenartigkeit der Arbeitsverhältnisse macht die glatte Einbeziehung schwierig und läßt die Frage einer besonderen Organisation als zunächst nicht unberechtigt erscheinen. Allein bei näherem Zusehen ergibt sich doch, daß die Schwierigkeiten auch hier stark überschätzt und dadurch nicht geringer werden, daß man die betreffenden Kategorien aus dem Rahmen der allgemeinen Versicherung ausschaltet. Über die sozialpolitische Notwendigkeit der Fürsorge selbst besteht kein Zweifel. Im Gegenteil, sie ist gerade bei diesen Kategorien vielfach größer als bei der Mehrheit der industriellen Arbeiter. Nur daß eben die erhöhte Versicherungsbedürftigkeit die Durchführung erschwert. Darf das aber ein Hindernis sein?

Die Versicherung der Seeleute und zwar sowohl gegen Krankheit und Invalidität wie gegen Unfall wird von der Regierung selbst als dringlich anerkannt, und es kann sich daher bloß um die Prüfung der Frage handeln, ob die Versicherung derselben durch ein eigenes Gesetz von den speziellen Verhältnissen dieser Kategorie unbedingt gefordert wird. Im Deutschen Reiche ist der Unfall-Berufsgenossenschaft der Seeleute auch die Invalidenversicherung übertragen und wenn man auch die Art der Organisation als strittig hinstellen kann — die Entscheidung der Versicherungspflicht durch das allgemeine Gesetz ist sicherlich als zweckmäßig zu bezeichnen.

Vollständig außerhalb der Kranken- und Invalidenversicherung bleibt ferner die Heimarbeit, wiewohl die Aufdeckung der Verhältnisse in dieser Sphäre der Produktion die soziale Notwendigkeit des Versicherungszwanges längst dargetan hat. Hier

gilt das vorhin Gesagte in verstärktem Maße. Wenn auch die besonderen Verhältnisse der Heimarbeiter die Versicherung im Rahmen eines allgemeinen Gesetzes nicht vollständig und in jedem Detail leicht regeln lassen, so darf doch nicht übersehen werden, daß sich auch bei der Ausarbeitung eines speziellen Gesetzes Schwierigkeiten ergeben müssen, die nicht geringer sein können, als sie an sich schon sind. Worum es sich gegenwärtig handelt, ist, wenigstens den Versicherungszwang und die Versicherungsleistungen grundsätzlich durch das allgemeine Gesetz festlegen zu lassen. Alles übrige kann der weiteren Durchführung auf dem Verordnungswege überlassen werden. Die Sache selbst ist längst spruchreif und wenn die Regierung trotzdem mit der endlichen Regelung zögert, so ist der Verdacht nicht abzuwehren, daß politische Momente mitspielen, und daß diese bislang gewichtig genug sind, um die sozialen und wirtschaftlichen Rücksichten verstummen zu machen. Wie wenig aber im Grunde genommen die technischen Bedenken ins Gewicht zu fallen brauchen, ist durch Spezialforscher auf dem Gebiete der Heimarbeit, wie Professor Schwiedland, überzeugend dargetan worden. Die Regierung fühlt denn auch die Schwäche ihrer Vorschläge und sie läßt deshalb für die Heimarbeiter wie auch für die hausindustriell tätigen Personen, welche sich von den ersteren nur dadurch unterscheiden, daß sie ein Kollektivum (die Familienmitglieder) darstellen und Frauen- und Kinderarbeit mit umfassen, die Selbstversicherung zu und behält sich überdies die Einbeziehung — generell oder teilweise nach bestimmten Berufsarten (Gewerbszweigen) — in einzelne oder alle Versicherungen vor. Das gleiche gilt hinsichtlich der Kleingewerbetreibenden, welche industrielle Erzeugnisse ausschließlich oder hauptsächlich nur für Rechnung anderer Unternehmer herstellen oder bearbeiten. Die freiwillige Invalidenversicherung ist ferner zulässig bei den nicht der Gesindeordnung unterliegenden Landarbeitern, den unständigen Arbeitern und bei Personen, welche keinen Barlohn beziehen.

Den bisher aufgezählten Ausnahmen von der Kranken- und Invaliditätsversicherung gesellen sich noch weitere hinzu, die sich speziell auf die Invaliditätsversicherung beziehen. Von derselben sollen — allerdings bloß bedingungsweise — die Privatbeamten ausgenommen werden, wenn nämlich für sie eine besondere Pensionsversicherung geschaffen werden sollte.[1]) Ein dies-

[1] Was inzwischen geschehen ist.

bezüglicher Entwurf liegt denn auch, vom sozialpolitischen Ausschusse des Abgeordnetenhauses wesentlich geändert, vor, ohne daß aber die Berechtigung einer Sonderorganisation eine Vertiefung erfahren hätte. Im Gegenteil, der versicherungstechnische Isolierungsversuch, der da bei den Privatangestellten unternommen wurde, ist ein Schulbeispiel dafür, daß die mangelhafte Fürsorge, wenn sie sich nur auf die breiten Massen der Allgemeinheit stützt, noch immer vorzuziehen ist einer bloßen Standesorganisation. Zwar haben sich große Kreise um die Schaffung einer solchen lebhaft bemüht. Allein nicht minder groß ist die Zahl derjenigen Privatangestellten, die von einer Ausschaltung aus dem Rahmen der allgemeinen Invaliditäts- und Altersversicherung nichts wissen wollen, und ebenso haben sich zahlreiche Körperschaften der Industriellen (Handelskammern, Industrierat sowie Privatverbände) gegen die Abtrennung der Privatbeamten ausgesprochen.

Mit großem Nachdruck tat dies auch die Arbeiterschaft. In der Tat kann nicht geleugnet werden, daß es sich hier um eine prinzipiell wichtige Frage handelt, die nicht bloß die Privatbeamten allein angeht. Es ist für die Gesamtheit keineswegs gleichgültig, ob eine große Menge von versicherungsbedürftigen Personen versicherungstechnisch und organisatorisch isoliert wird oder nicht. Dafür mögen Gründe der Politik sprechen, in der Eigenart des Kreises der Versicherungspflichtigen sind sie nicht zu suchen. Die Sonderversicherung steht im Widerspruch mit dem von der Regierung wiederholt ausdrücklich anerkannten Grundsatz eines möglichst umfangreichen Risiken-Ausgleichs. Nicht minder spricht gegen eine solche Maßregel die Notwendigkeit einer übrigens durch das Regierungsprogramm selbst versuchten organischen Vereinigung aller Versicherungszweige und innerhalb derselben aller -körper. Es ist klar, daß die Momente, welche für einen solchen Zusammenschluß sprechen, in erhöhtem Maße geltend gemacht werden können, wenn es sich um einen einzigen Versicherungszweig handelt. Ist es unzweckmäßig — weil unökonomisch — die Rentenversicherung in einem bloß losen Zusammenhange mit der Versicherung gegen vorübergehende Arbeitsunfähigkeit zu belassen, so muß es noch widersinniger genannt werden, wenn für einen und denselben Versicherungszweig mehrere Körper geschaffen werden. Es liegt weder wirtschaftlich noch sozial ein zureichender Grund vor, die Privatangestellten anders zu behandeln als die übrige Masse der versicherungsbedürftigen Personen. Steht man aber auf dem gegenteiligen Standpunkt, dann erfordert es die

Konsequenz, auch hinsichtlich der Unfall- und Krankenversicherung die Privatbeamten aus der allgemeinen Organisation auszuscheiden. Gegen eine solche Separation lassen sich aber zahlreiche versicherungstechnische, finanzielle sowie administrative und nicht zuletzt auch politische Gründe anführen. Wir wollen hier nur auf einen einzigen Punkt aufmerksam machen. Die von der Kranken- und Invalidenversicherung ausgeschlossenen Beamten der höheren Kategorien (mit Jahresbezügen von mehr als 2400 Kr.) können nach dem Programm eine freiwillige Krankenversicherung eingehen, doch wird ihre Aufnahme von den statutarischen Satzungen abhängig gemacht. Wir haben schon auf die praktischen Schwierigkeiten hingewiesen, die sich der Durchführung dieses Grundsatzes entgegenstellen würden. Die Sache würde um kein Haar erleichtert werden, wenn man ein anderes Kriterium als die Bezüge — beispielsweise die längere Kündigungsfrist — heranziehen würde. Durch die eventuelle Ausschaltung sämtlicher Privatbeamten aus der Invalidenversicherung würde nun eine ganz ungeheuerliche Komplikation entstehen. Ein Teil der Privatangestellten wäre nämlich krankenversicherungspflichtig, ein anderer Teil freiwillig für den Krankheitsfall versichert, ein dritter Teil überhaupt ohne jede Krankenfürsorge. Der krankenversicherte Teil würde überdies verschiedenen Kassenkategorien angehören. Und ebenso würden die der Invalidenversicherungspflicht unterliegenden Kategorien der Privatbeamten den verschiedenartigsten Pensionsinstituten zugeteilt sein. Daß eine solche Zersplitterung allen administrativen Grundsätzen widerspricht, bedarf keiner weiteren Erörterung. Man frägt vergebens, wozu diese ganz überflüssige Unterscheidung gemacht wird. Gibt es Gründe für eine andere Behandlung der Privatbeamten (denen übrigens auch die Handlungsgehilfen beigesellt werden) auf dem Gebiete der Invalidenfürsorge, warum nicht auch auf dem der Krankenversicherung?

Eine weitere Ausnahme von der Invalidenversicherungspflicht betrifft das Alter. Jene Personen, welche das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht haben, sowie diejenigen, die erst nach dem 60. Lebensjahre versicherungspflichtig werden oder beim Inkrafttreten des Gesetzes das bezeichnete Alter bereits überschritten haben, sollen ausgeschlossen sein. Bei dieser Ausnahme handelt es sich um eine versicherungstechnische oder genau ausgedrückt, um eine finanz-politische Maßregel, die mit der Tendenz des Gesetzes durchaus nicht in Einklang gebracht werden kann. Erwägt man, daß es sich um eine verhältnismäßig geringfügige Zahl von Per-

sonen handelt, und daß man demgemäß die finanzielle Wirkung, welche durch die Berücksichtigung der im vorgerückten Alter befindlichen Personen hervorgerufen wird, bedeutend überschätzt, so wird man dieser Ausnahme das Motiv der Notwendigkeit kaum zuerkennen können. Für diese Kategorie versicherungstechnische Übergangsmöglichkeiten zu schaffen, würde nicht auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen. Ebenso muß es als unbillig bezeichnet werden, daß Personen, die einen Gehalt oder Lohn in Barem nicht beziehen, von der Invalidenversicherung ausgeschlossen werden sollen. Diese Ausnahme ist schon deshalb unverständlich und unmotiviert, weil ja die versicherungspflichtigen land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter ebenfalls zum großen Teil auf die Naturallöhnung angewiesen sind und dennoch als versicherungspflichtig erklärt werden.

Endlich sind von der Invalidenversicherung solche Personen ausgenommen, die bereits invalid sind oder im Genusse einer Rente im Mindestausmaße des Grundbetrages der zweiten Lohnklasse (150 Kr. jährlich) aus einem öffentlichen Pensionsinstitute stehen.

Befreit können diejenigen Personen werden, die eine Unfallrente im Mindestausmaße von drei Fünfteln der Vollrente seit mindestens drei Jahren beziehen, ohne daß sie als invalid anzusehen sind; doch soll bei Wegfall dieser Rente die Invalidenversicherungspflicht wieder aufleben.

Eine ganz neue Stellung erhält nach dem Programm die Unfallversicherung angewiesen. Sie, die bisher im Hinblick auf ihre Entwicklung aus der Haftpflicht und dem Schadenersatzrechte einen vollgültigen Rang besessen hatte, soll nunmehr eine untergeordnete Stellung einnehmen und bloß ein Akzessorium zur allgemeinen Invaliden- und Krankenversicherung bilden, das nicht die besonders schweren Berufsgefahren in gewissen Betrieben sondern bloß die historische Entstehung erforderlich macht. Die Gründe für diese Herabdrückung dieses bisher als vollwertig betrachteten Versicherungszweiges treten nicht sofort klar zutage. Sie werden jedoch erkenn- und feststellbar, wenn man die auf die Unfallversicherung bezüglichen Spezialvorschriften einer kritischen Prüfung unterzieht. Vorläufig sei nur festgestellt, daß der Kreis der unfallversicherten Personen keine Erweiterung erfährt, weil das Programm von der Voraussetzung ausgeht, daß sich die Unfallversicherung auf die Entschädigung solcher Unfälle zu beschränken habe, die in den bisher als ganz spezifisch unfallgefährlich erkannten Betrieben sich ereignen. Daß der Charakter und das Wesen des

Betriebsunfalls der gleiche bleibt, ob er in einem fabriksmäßig oder in einem handwerksmäßig betriebenen Berufe, ob er im Verkehrs- oder im Handelsgewerbe sich ereignet, darauf nimmt das Programm keine Rücksicht, weil für die Regierung nicht so sehr soziale und wirtschaftliche als vielmehr politische Gründe maßgebend waren. Das Programm begnügt sich deshalb damit, an dem Kreis der unfallversicherungspflichtigen Personen verschiedene kleine Korrekturen vorzunehmen. Zunächst werden die Bergarbeiter, deren Provisionsversicherung für Unfälle nicht ausreicht, in die Unfallversicherung einbezogen. Ein schlagendes Argument dafür, daß die Invalidenversicherung — auch wenn sie durch die Annahme mehrerer Invalidengrade abgestuft würde — durchaus nicht als Ersatz für die wesentlich höhere Entschädigungen leistende Unfallversicherung aufgefaßt werden kann. Bei dieser Gelegenheit sei nebenbei bemerkt, daß es sich doch wohl auch empfehlen würde, den Ausschluß der Bergwerke auf nicht vorbehaltene Mineralien (Erdharze) aufzuheben. Eine sehr einschneidende Korrektur wurde hinsichtlich der bei Baubetrieben beschäftigten Arbeiter vorgenommen. In der bisherigen Praxis wurden die sogenannten Werkstättenarbeiter nicht als unfallversicherungspflichtig angesehen, wiewohl sie unter Umständen von den Unfallsgefahren genau so bedroht sind, wie die unmittelbar am Bau selbst beschäftigten Personen. Das Programm versucht die Grenze der Unfallversicherungspflicht bei Betrieben, die sich auf Bauausführungen erstrecken, durch Aufzählung der einzelnen Kategorien genau zu präzisieren. Die Aufzählung ist jedoch eine unvollständige; es fehlen beispielsweise die Glaser, Hafner, Pflasterer, Asphaltierer, Schlosser, Tapezierer, Zimmermaler. Aber auch sonst bedürfen die Bestimmungen über die Unfallversicherungspflicht mancherlei Ergänzungen. So wären neben den Gruben auch die Gräbereien zu erwähnen, ferner die Betriebe der Schmiede, Fleischhauer und Selcher. Bei der Aufzählung der Bauunternehmungen fehlen die Erdarbeiten.

Ungenügend motiviert ist der Ausschluß des Personals solcher Gewerbetreibender, die nur einzelne Bauarbeiten auszuführen haben und deren Gewerbebetrieb an sich der Versicherungspflicht nicht unterliegt. Ferner die Beschränkung der Versicherungspflicht auf Betriebe, in welchen zwar Dampfkessel oder motorisch bewegte Maschinen verwendet, nicht aber Verkehrsgegenstände erzeugt oder verarbeitet werden. Auch daß Lagerungsbetriebe, die nicht mit einer Handelsunternehmung verbunden sind, außerhalb der Versicherungspflicht bleiben, läßt sich nach den bisherigen Erfahrungen

kaum rechtfertigen. Ein Mangel liegt ferner in der fehlenden Definition des Fabriksbegriffes, der durch die bisher hierfür geltende Ministerialverordnung nur ungenügend umgrenzt ist.

Zieht man alle Ausnahmen von der Versicherungspflicht hinsichtlich der Fürsorge für vorübergehende und dauernde Erwerbsunfähigkeit in Betracht, dann schrumpft der Kreis der Versicherten ganz bedeutend zusammen und es wird nicht einmal jene Zahl erreicht, die das Regierungsprogramm angibt. Dabei zeigt sich, daß die Gründe für den Ausschluß lediglich administrativer und finanzieller Natur sind und daß weder diesen noch jenen das Schwergewicht zukommt, welches ihnen die Regierung beimißt. Die Zulässigkeit der freiwilligen Selbstversicherung ist ganz wertlos, die Befugnis der Regierung zur nachträglichen Einbeziehung in den Versicherungszwang von problematischem Wert, die Ausschließung der Landwirtschaft und anderer Produktionsgruppen aus der Unfallversicherung eine direkte Gefahr und Schädigung der übrigen Interessenten.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 5. Juli 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Gottstein.

Herr L. Feilchenfeld: **Über den Unterschied zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung.** Die Unterscheidung zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung hat einen theoretischen und einen praktischen Wert. Sie ist theoretisch wichtig, weil sie zu der schärferen Begriffsbestimmung des Unfalls beitragen kann, die noch immer der Versicherungstechnik große Schwierigkeit bereitet. Praktisch ist sie von Bedeutung sowohl für die staatliche, weil diese aus der privaten Unfallversicherung hervorgegangen ist oder wenigstens nach ihrem Vorbilde eingerichtet wurde, als auch besonders für die Privatversicherung, weil wiederum die ärztliche Begutachtung der Verletzten und die gerichtliche Entscheidung in strittigen Fällen außerordentlich von den Gepflogenheiten bei der staatlichen Versicherung beeinflußt wird. Die Frage ist zweifellos eine vorwiegend juristische. Aber wir können als Ärzte durchaus nicht auf die Kenntnis solcher wichtigen Begriffe verzichten, da unser Gutachten schließlich die Grundlage für den Spruch des Richters bilden muß und wesentlich die Klarstellung des Falles erleichtert. Übrigens ist bereits hier eine Verschiedenheit bei beiden Versicherungsanstalten vorhanden, die ich aber erst später ausführlicher berühren will. Auch kann ich nicht auf die feineren juristischen Unterschiede eingehen, sondern will mein Thema rein praktisch vom ärztlichen Standpunkte behandeln. Der Unfall ist eine aus drei verschiedenen Vorgängen zusammengesetzte Begebenheit, nämlich aus dem Unfallereignis, der Unfallverletzung und den Unfallfolgen. Die Unfallverletzung hat am wenigsten charakteristische Merkmale für eine Differenzierung bei den verschiedenartig Versicherten. Das Wesentliche, das ihr die Besonderheit gibt, liegt in der Tatsache des Unfalls, in dem Unfallereignis. Dieses ist es daher hauptsächlich, das unsere ganze Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen wird. Das Unfallereignis muß durch mehrere Eigenschaften ausgezeichnet sein, wenn wir es als solches anerkennen sollen, durch Plötz-

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 27 der „Medizinischen Reform“, herausg. von R. Lennhoff.

lichkeit, Zufälligkeit, Äußerlichkeit und Gewaltsamkeit. Ich folge hierin der Ansicht von Gerkrath,[1]) der von diesen Kriterien des Unfalls behauptet, daß sie im Grunde von den staatlichen wie den privaten Versicherungsanstalten beachtet werden. Aber freilich — hier zeigt sich der wichtigste Unterschied — die Arbeiterversicherung beschränkt ihre Entschädigungspflicht auf die im Betriebe vorkommenden Unfälle. Das ist eine rein willkürliche, keinesfalls der Natur des Unfalls anhaftende Einschränkung. Denn ob ein Maurer von der Leiter fällt und sich ein Bein bricht, indem er auf seinem Hofe Kirschen vom Baume pflückt, oder ob er auf einem Baugerüst arbeitet, das ist hinsichtlich der Verletzung selbst ganz gleichgültig. Aus dieser Tatsache, aus der Voraussetzung des Betriebsunfalls ist ersichtlich, daß die öffentliche Versicherung eine soziale Einrichtung ist und die Bedeutung einer Fürsorge hat für den in einem Betriebe besonderen Gefahren ausgesetzten Arbeiter. Alle Unterschiede sind auf dieses Grundprinzip zurückzuführen. Denn die private Versicherung steht auf dem rechtlichen Boden ihrer Vertragsbedingungen, nach deren Auslegung sie die Ansprüche des Versicherten erfüllt oder ablehnt. Und die Vertragsbedingungen sind vor allem darauf gerichtet, das Unfallereignis als etwas Unerwartetes, vom Willen, aber auch von der besonderen körperlichen und geistigen Verfassung des Versicherten Unabhängiges zu behandeln. Daher wird die private Versicherung in einer Beziehung weiter gehen, als die staatliche, indem es für sie nichts ausmacht, ob der Unfall im Beruf oder außerhalb des Berufs erlitten wurde; aber sie wird doch wiederum weniger weitherzig sein mit Rücksicht auf die näheren Umstände des Unfallereignisses, sondern strenger in ihren Forderungen sein müssen in betreff der Tatsache eines solchen. Über die Anforderueg der Plötzlichkeit des Unfallereignisses ist in diesem Vereine bereits ausführlich bei der Besprechung der Berufskrankheiten verhandelt worden. Diese spielen bei Privatversicherungen keine große Rolle, weil hier eben der Nachdruck auf den Unfall gelegt wird, während das Erleiden einer Krankheit durch den Betrieb und während des Betriebes wohl zur Erörterung der Frage führen kann, wieweit die Störung in der Gesundheit des Versicherten durch wiederholte schwächere Unfallereignisse verursacht worden ist. Bei manchen inneren Krankheiten könnte man so zu dem Resultat kommen, daß in der Tat eine häufige, sei es innerliche oder äußerliche Verletzung stattgefunden hat. Bisher haben aber die Berufsgenossenschaften eine solche Auslegung nicht für zulässig gehalten. Wohl aber wird oft bei der staatlichen Versicherung eine wenn auch länger dauernde, jedoch immerhin auf einen bestimmten Zeitraum sich erstreckende Anstrengung als Unfallereignis anerkannt. Das typische Beispiel hierfür ist der von Becker in seinem Lehrbuch angeführte Fall jenes Kapitäns, der nach mehrstündiger Leitung seines Schiffes während eines Typhons einen Herzschlag erlitt und starb. Hier wurde der Unfall, weil das Unglück sich im Betriebe ereignete, angenommen, obgleich man von einer Plötzlichkeit im Sinne eines Unfallereignisses gewiß nicht sprechen konnte. Immerhin war hier ein anderes wesentliches Kriterium vorhanden, nämlich die Gewaltsamkeit des Naturereignisses, die mit der Plötzlichkeit innig zusammenhängt und sie wohl auch zum Teil ersetzen kann. Trotzdem wäre jene Entscheidung bei einer privaten Unfallversicherung kaum denkbar. Denn es fehlt jede Erkennbarkeit einer Verletzung, die bei der Privatversicherung eine Rolle spielt. Am besten erkennen wir die Natur des Unfallbegriffs, wenn

---

[1]) Zur Begriffsbestimmung des Unfalls, Zeitschr. f. Ver. Wissensch., 1906.

wir die verschiedenen Einschlüsse und Ausschlüsse auf die zugrunde liegende Berechtigung prüfen. Eine durch den Druck des zu engen Stiefels schief gewordene Zehe, ein eingewachsener Nagel, eine Schleimbeutelentzündung am Knie (Hausmaidknee) sind keine Unfälle, weil ihnen das Plötzliche, das Einmalige der äußeren Gewalteinwirkung fehlt. Solche Fälle werden also von vornherein als versicherungspflichtig ausscheiden. Sie sind übrigens bei beiden Versicherungsarten kaum strittig. Schwieriger liegt die Frage bei dem Erfrieren und dem Hitzschlage. Bei der staatlichen Versicherung ist wiederum der Nachweis nötig. daß das Unglück sich im Betriebe ereignete; bei der privaten steht nach Gerkrath für die Erfrierungen nichts im Wege, die Entschädigungspflicht anzuerkennen, obgleich hier doch das Plötzliche der Schädlichkeit fehlt. Für den Hitzschlag aber, für den das Plötzliche geradezu charakteristisch ist, müsse man eine körperliche Disposition annehmen, so daß hier nicht ein objektives Risiko, welches allein die Grundlage aller Unfallversicherungen bildet, vorliegt, sondern ein subjektives, das anderer Einrichtungen bedürfe, als die Unfallversicherung zur Deckung anwende. Ich komme auf diesen Punkt noch zurück. Eine gewisse Gewaltsamkeit ist also mit die Voraussetzung bei dem Unfallereignis. Nicht ein Streicheln ist ein Unfall, sondern ein Schlag oder Stoß, nicht ein langsamer Druck, sondern eine Quetschung. Man sieht, daß diese Begriffe der Plötzlichkeit oder Gewalt ineinander übergehen. Die Äußerlichkeit ist ein ferneres wesentliches Merkmal des Unfalls. Aber damit ist nicht gesagt, daß jedes Unfallereignis äußerlich sichtbar oder erkennbar gewesen sein muß. Bei einer Muskelzerrung ist ja scheinbar die Ursache des Ereignisses eine innerliche. Aber nur scheinbar. In Wirklichkeit ist der Grund in einem äußeren Vorfall zu suchen. Die betreffende Person wollte einen schweren Ballen Ware von einem Spinde herunterholen und machte dabei eine plötzliche, gewaltsame Anstrengung. oder es gibt sich jemand, um das Ausgleiten zu verhüten, einen plötzlichen Ruck. Das sind reine Unfälle, wenn auch hier die genaue ärztliche Begutachtung des Unfallereignisses notwendig ist, weil oft ein Muskelrheumatismus mit der Muskelzerrung verwechselt werden kann. Die öffentliche Versicherung ist im Vorteil vor der privaten, weil sie bei allen Unfällen eine genaue Feststellung sowohl der Tatsache des Unfallereignisses verlangt und erhält, als auch der näheren Gründe und Umstände, die zu dem Ereignis geführt haben und führen könnten, oder mußten. Dadurch wird von vornherein die Sicherheit geschaffen, daß entweder eine Betriebsstörung die Ursache war oder eine so und so geartete außergewöhnliche Anstrengung die Veranlassung gewesen ist. Nichts von alledem ist bei der Privatversicherung möglich. Selten sind Zeugen des Vorfalls vorhanden, noch seltener wird ein Beweis nach dieser Richtung erhoben. Vielmehr kommt alles auf das Urteil des untersuchenden Arztes an und dieser richtet sich zumeist nach der Aussage des Verletzten, die er freilich nach der Wahrscheinlichkeit beurteilt, ob die vorliegende Beschädigung durch einen Unfall bewirkt sein kann. Ich komme zu dem wichtigsten Kriterium des Unfallereignisses, der Zufälligkeit. Wichtig ist es namentlich für die private Versicherung. Eine große Schuld wie das Herabspringen von einem in voller Fahrt befindlichen Straßenbahnwagen verwirkt das Anrecht auf Unfallentschädigung. Grobe Fahrlässigkeit beeinträchtigt den Anspruch aber auch bei der Berufsgenossenschaft. Wiederum geben uns am besten die Ausschlüsse Aufklärung, weil sie, wie Gerkrath mit Recht behauptet, nur Erläuterungen des Unfallbegriffs sind. Bei einer Schlägerei, die provoziert wurde, bei einem Wettrennen, bei einem Duell.

handelt es sich doch nicht um zufällige Ereignisse, wenn eine Verletzung zustande kommt, sondern um etwas, das zu erwarten war, und das durch den eigenen Willen des Versicherten herbeigeführt wurde. Anders wieder bei dem Versuch, einen in Gefahr befindlichen Menschen zu retten. Hier handelte der etwa Verunglückte bei seinem Rettungswerke unter einem Zwange, nämlich dem äußeren, unvorhergesehenen, also von seinem Willen unabhängigen Ereignisse. Tatsächlich werden solche Verunglückungen als Unfälle entschädigt. Anders, wenn jemand selbst Hand an sich legt. Dann handelt er nur aus innerem Zwange, weder zufällig, noch unabsichtlich, weshalb Selbstmord mit Recht nicht ein Unfall genannt wird. Auch wird eine Operation nicht als Unfall gelten, weil jedes Merkmal der zufälligen unvorhergesehenen Verletzung fehlt. Daher kann auch der ungünstigste Ausgang einer Operation nie als Unfall angesehen werden und gleichfalls nicht eine Verletzung beim Nägelschneiden, die nichts anderes ist als eine Operation mit ungünstigem Ausgang. Wenigstens ist sie bei den meisten Versicherungen besonders ausgeschlossen. Etwas anderes muß ich noch als besonders medizinisch wichtig erwähnen, das ist die Entstehung des Unfallereignisses infolge einer inneren Erkrankung. Hier fehlt sicherlich auch dem Unfallereignisse das Zufällige, wenn wir nachweisen können, daß es eben wegen des inneren Leidens wohl zu erwarten war. Wenn ein Epileptiker einen Krampfanfall erleidet, so ist es nicht zu verwundern, wenn er in Abwesenheit einer beaufsichtigenden Person hinfällt. Daher pflegt die Privatversicherung solche Fälle nicht zu entschädigen; wohl aber die öffentliche, falls der Unfall sich im Betriebe ereignete. Bemerkenswert ist ein Fall, von dem ich das gerichtliche Gutachten anführen will, weil hier offenbar eine ganz falsche Auffassung des Unfallbegriffs zu dem für die Gesellschaft ungünstigen Urteile führte. Der Fall ist übrigens auch von Gerkrath bereits erwähnt worden. Ein Hauptmann a. D., der wiederholt an Schwindelanfällen litt, reitet auf ebenem Boden und fällt vom Pferde infolge eines Schwindelanfalls, wie allseitig angenommen wurde. Es entwickelt sich eine geistige Störung bei ihm, die zum Teil schon vorher bestanden haben soll. Das Gericht verurteilte die Gesellschaft zur Zahlung der vollen Rente. (Aus dem Urteil des Oberlandesgerichts in Sachen L. contra Urania.) Bildet somit der Sturz vom Pferde, oder richtiger gesprochen das durch den Sturz bedingte heftige Aufschlagen des Kopfes auf den harten Boden der Straße das Ereignis, welches die Körperverletzung des Klägers zur Folge gehabt hat, so fragt sich nur noch, ob jenes Ereignis im Sinne der Allgemeinen Versicherungs-Bedingungen der Beklagten als „Unfall“, d. h. als ein solches Ereignis zu betrachten ist, welches gewaltsam, plötzlich und unabhängig vom Willen des Versicherten von außen her mit mechanischer Gewalt auf ihn gewirkt hat. Dem Berufungsgerichte ist es unbedenklich erschienen, die Frage zu bejahen. Die Beklagte hat zwar dieser Auffassung widersprochen. Sie vermißt den von außen her kommenden Anstoß zu dem Sturze, indem sie nur solche Ereignisse als Unfälle gelten lassen will, welche aktiv und mit aggressiver Gewalt auf den Versicherten als leidenden Teil einwirken. Sie denkt dabei offenbar an die Fälle, wo jemand durch einen herabstürzenden Balken getroffen oder von einem Wagen überfahren wird oder an Verletzungen durch den Hufschlag eines Pferdes, durch den Biß eines Hundes und dem ähnliche. Eine derartige in den Sinn fallende äußere Gewalteinwirkung auf den Kläger läge nicht vor, da er infolge eines innerlichen Vorgangs des Bewußtseins beraubt, lediglich nach dem Gesetze der Schwerkraft vom Pferde herabgesunken sei, und durch das Auf-

schlagen auf den Fußboden sich selbst verletzt habe. Der Ansicht der Beklagten läßt sich indes nicht beipflichten. Sie haftet zu sehr an der Wortfassung der Bestimmung in § 1 Abs. 1 der Versicherungs-Bedingungen; sie führt zu einer Einengung des Unfallbegriffs, die von den Kontrahenten des Versicherungsantrags gewiß nicht gewollt ist und widerstreitet zudem der Anschauung des gewöhnlichen Lebens. Wer auf glattem Parkett ausgleitet und sich im Fallen verletzt, der Dachdecker, der infolge eines Fehltritts vom Dache herunterstürzt, der Spaziergänger, der, weil er kurzsichtig ist, in eine am Wege liegende Grube fällt, der Tourist, der beim Überschreiten eines über den Bach gelegten Baumstammes das Gleichgewicht verliert oder der, weil er nicht schwindelfrei ist, vom steilen Abhange herabfällt: — sie alle erleiden Unfälle im Sinne der Versicherungs-Bedingungen und sie würden gewiß schwer enttäuscht sein, wenn die Beklagte in solchen Fällen ihre Entschädigungspflicht ablehnen wollte unter Berufung darauf, daß ihr Sturz nicht durch die äußere Einwirkung einer fremden Körperkraft, sondern ausschließlich durch das Naturgesetz der Schwere veranlaßt worden sei. Das hier von außen her, plötzlich und unabhängig von dem Willen des Versicherten mit mechanischer Gewalt auftretende Ereignis liegt in dem Aufschlagen des Körpers auf den Erdboden, oder, wenn man lieber will: in dem äußeren Widerstande, den der durch die Anziehungskraft der Erde abwärts gezogene menschliche Körper am festen Erdboden findet. An einer äußeren Gewalteinwirkung fehlt es also auch in diesem Falle keineswegs, und es liegt daher in der Tat kein Grund vor, ihn von der Entschädigungspflicht der Versicherungsgesellschaft auszuschließen. Den Gegensatz zum „Unfall“ als einem zeitlich begrenzten, plötzlichen, körperlichen Ereignisse bildet die auf allmählicher Entwicklung und meist auf inneren Ursachen beruhende organische Erkrankung. Derselbe Gegensatz der Begriffe tritt auch auf dem Gebiete der öffentlichen Unfallversicherungs-Gesetzgebung des Reiches in Erscheinung. Die Versicherungsgesellschaft, welche gegen körperliche Unfälle Versicherung gewährt, will damit grundsätzlich innere organische Erkrankungen ausgeschlossen wissen. Sie steht lediglich ein für die wirtschaftlichen Folgen körperlicher Beschädigungen, sofern und soweit sie sich auf mechanische Einwirkungen von außen her zurückführen lassen. Im wesentlichen und auf dem gleichen Standpunkte steht aber auch das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884, insofern es sich ebenfalls unter Ausscheidung der Fürsorge für Krankheitsinvalidität, auf die Versicherung gegen Unfälle bei dem Betriebe beschränkt. Obwohl das Gesetz sich nicht ausdrücklich darüber ausspricht, was es unter Unfall versteht, so herrscht doch im großen und ganzen Übereinstimmung darüber, daß dazu begrifflich die Einwirkung eines äußeren Vorgangs auf den menschlichen Körper zu fordern sei, gleichviel, wodurch die Einwirkung im einzelnen Falle hervorgebracht wird, und ob durch Naturkräfte, durch dritte Personen, durch den Verletzten selbst oder ob durch irgend welche andere zufällige Umstände. Dagegen sind Vorgänge im Innern eines Menschen, welche ohne Einwirkung von außen sich vollziehen, im Sinne des Gesetzes keine Unfälle.“ Hier wird also der Fehler begangen, daß man hauptsächlich nur die Unfallverletzung beachtet mit den Unfallfolgen, die aber auch nicht allein durch die Verletzung bedingt sind, sondern noch durch die voraufgegangene Krankheit kompliziert wurden. Dem Falle fehlte nicht nur das Äußerliche (wogegen das Urteil ankämpft), sondern auch das Zufällige, weil bei der Neigung zu Schwindel entschieden das Besteigen des Pferdes vermieden werden mußte und das Herunterfallen somit ein wohl zu erwartendes Ereignis

war. Ganz anders, wenn das Pferd über einen Stein gestrauchelt oder durch ein Automobil scheu gemacht worden wäre. Dann hätten wir ein wirklich zufälliges, unvorhergesehenes und von außen einwirkendes Ereignis als Ursache der Unfallverletzung zu verzeichnen. Ich verfüge über einen ähnlichen Fall, in dem das Gericht zu der entgegengesetzten Entscheidung gelangte. Ein 45jähriger Landwirt war infolge von Schwindelanfällen die Treppe hinuntergefallen und hatte sich die Schulter verstaucht. Der Arzt stellte Arteriosklerose und Neigung zu Schwindelanfällen fest, die auch schon beim Vater und Großvater bestanden haben sollten. Das Gericht nahm an, daß der Unfall durch das innere Leiden hervorgerufen worden war und lehnte die Klage auf Entschädigung ab. Eine Berufsgenossenschaft aber bewilligte in diesem Falle 45 Proz. Rente wegen dauernder Behinderung der Schulter. Ein weiterer Fall ist bemerkenswert. Ein 50jähriger Maurer empfindet beim Aufreißen von Holz einen heftigen Schmerz in der Brust, wird ohnmächtig, bricht zusammen und stirbt nach wenigen Stunden. Sektion: Zerreißung des Ansatzes der Aorta infolge von Fettherz. Ablehnung von der Privatversicherung, während der Fall von der Berufsgenossenschaft als Betriebsunfall anerkannt wird. Von der Unfallverletzung habe ich schon gesagt, daß sie nichts wesentlich Erkennbares an sich hat. Entweder liegt eine chirurgische Krankheit vor, ein äußerliches Leiden, das freilich stets durch eine mechanische Gewalt bewirkt sein muß, oder es handelt sich um eine innerliche Verletzung, bei der es wohl zuweilen schwierig sein kann, die Ursachen sicher zu erkennen. Hier trifft nun wieder das zu, was ich schon einmal gesagt habe. Bei der öffentlichen Versicherung kann der Betriebsleiter, oder ein Sachverständiger oder Mitarbeiter Näheres über die Vorgänge bei dem Unfallereignis im Betriebe angeben. Als je erheblicher sich dieses Ereignis darstellt, um so wahrscheinlicher wird der Unfall als Grund der vorliegenden Krankheit erscheinen. Bei der privaten Versicherung hat der Arzt hauptsächlich die Entscheidung in seiner Hand. Er soll möglichst objektiv sein Urteil darüber abgeben, ob die Verletzung oder das Leiden des Versicherten durch einen versicherungspflichtigen Unfall bewirkt wurde. Weiter will ich auf diesen Punkt nicht eingehen, sondern noch etwas bei dem dritten Vorgange verweilen, der zu dem Begriff eines Unfalls gehört, bei den Unfallfolgen. Diese setzen sich wiederum aus mehreren Momenten zusammen. Sie zeigen das Resultat aus Unfallereignis und Unfallverletzung, wozu aber noch als erheblich mitwirkend zwei Umstände kommen, einmal die Erwartung und der Wunsch einer hohen Rente und zweitens das allgemeine körperliche Verhalten des Versicherten zur Zeit des Unfallereignisses. Daß die Begehrungsvorstellungen eine große Rolle bei beiden Arten von Unfallverletzten spielen, ist eine zu bekannte Tatsache, als daß man sie noch begründen müßte. Ich will nur erwähnen, daß ich vor zwei Jahren einen jungen Arzt veranlaßte, den Verlauf bei etwa 100 Unfällen bei einer Privatversicherung zu untersuchen. Wir haben dabei durch Vergleich mit bekannten Zahlen aus den großen chirurgischen Kliniken festgestellt, daß bei allen Versicherten die Unfallfolgen weit schlimmer waren, als bei Nichtversicherten, ja, daß ganz typische Verletzungen, wie Unterschenkelbrüche und Schulterkontusionen oft das Doppelte der Zeit zur Heilung gebrauchten, wie dieselben Verletzungen, wenn keine Rente zu erwarten war. Das Nähere ist in der Arbeit von Samson (Zeitschr. f. Vers. Wiss. 1905) nachzulesen. Hier besteht also bei beiden Versicherungsarten kein Unterschied. Noch wichtiger aber als die Begehrungsvorstellungen ist die Frage nach der Beteiligung der etwa bei dem Unfallereignis schon vorhandenen Krankheiten an

dem ganzen im Gefolge des Unfalls auftretenden Krankheitsbilde. Diese Frage wird auf dem IV. internationalen Kongreß f. Vers.-Med. im September d. J. eingehend behandelt werden. Ich möchte aber doch kurz auf einiges, mein heutiges Thema Betreffendes eingehen. Der Zusammenhang zwischen innerer Krankheit und Trauma beschäftigt in hohem Maße auch die öffentliche Versicherung. Der Unterschied liegt wohl hauptsächlich darin, daß die Staatsversicherung eine mildere Auffassung für geboten hält, die private sich zur strengeren Auseinanderhaltung von Verletzung und innerer Krankheit für verpflichtet hält. Becker zitiert folgenden hierauf bezüglichen Ausspruch des Reichsversicherungsamts: „Wollte man unter allen Umständen einen stringenten Nachweis verlangen (nämlich des Zusammenhangs einer Krankheit mit einem Unfall), so würde man damit gegen den Geist der Gesetzgebung verstoßen, deren Segnungen in manchen Fällen illusorisch machen. Es handelt sich nicht um eine privatrechtliche Versicherung, sondern um eine öffentlich-rechtliche Fürsorge." — Und weiter: „für dessen Anwendung deshalb nicht Grundsätze maßgebend sein dürfen, welche gegenüber der Privatversicherung vielleicht statthaft erscheinen möchten". Ich führe diese Sätze darum an, weil sie als Beweis dafür gelten müssen, daß die ersten rechtlichen Vertreter der staatlichen Versicherungsanstalten die Berechtigung anerkennen, bei der Behandlung der erwähnten Fragen einen wesentlichen Unterschied zu machen zwischen den beiden Versicherungsarten. Man wird hiernach bei der Privatversicherung mit größerer Strenge den Nachweis eines erheblichen Unfallereignisses verlangen dürfen, wenn man eine innere Krankheit als Unfallfolge annehmen soll, als bei der öffentlichen Versicherung der Fall sein wird. War die innere Krankheit sicher schon vor dem Unfall vorhanden und wurde sie nicht wesentlich durch diesen beeinflußt, so pflegt bei jeder Art von Versicherung die Entschädigung abgelehnt zu werden. Anders bei der Verschlimmerung von inneren Leiden durch Unfälle. Diese wird bei den Berufsgenossenschaften als gleichwertig einer reinen Unfallfolge angesehen und die Entschädigung gewährt, wenn das bereits latente oder deutliche innere Leiden durch den Betriebsunfall in seinem ungünstigen Verlaufe beeinflußt wurde, oder früher als sonst zu erwarten wäre, zu Tode geführt hat. Freilich zieht sie auch die Arbeitsfähigkeit des Verletzten vor seinem Unfall in Betracht und beurteilt nach der Häufigkeit seines Aussetzens der Arbeit die Beeinträchtigung, die durch das innere Leiden schon früher gegeben war. Eine solche Kontrolle hat die Privatversicherung nicht. Sie setzt dafür die Gesundheit des Versicherten bei seiner Aufnahme voraus. Der Versicherte ist aber auch verpflichtet, von etwaigen später sich entwickelnden inneren Krankheiten der Gesellschaft Mitteilung zu machen. Natürlich kann er das nur, wenn er es selbst weiß. Man wird nun bei manchen Leiden mit Sicherheit annehmen dürfen, daß sie zur Kenntnis des Versicherten gekommen sein müssen. Wenn jemand an Syphilis leidet oder an Lungentuberkulose, oder wegen Diabetes nach Karlsbad geht und eine bestimmte Diät befolgt oder auch wegen Neurasthenie mehrfach Sanatorien aufgesucht hat, so muß man annehmen, daß er genau weiß, was ihm fehlt. Falls ein solcher Versicherter die Anzeige an die Unfallversicherungsgesellschaft verabsäumt, so darf man in dem Verschweigen einen Grund für die Ablehnung etwaiger bei Unfällen sich zeigender, durch das innere Leiden bedingter Komplikationen für berechtigt halten. Das kann man den Gesellschaften nicht verargen, weil sonst die Voraussetzung der Unfallversicherung, die das Zufällige, von außen Kommende betrifft, vollkommen hinfällig wird und die Versicherung gegen unvorhergesehene

Unglücksfälle in eine Versicherung gegen bestimmt zu erwartende Krankheitszustände sich umwandelt, für die natürlich eine ganz andere Prämienberechnung erforderlich wäre, wenn es überhaupt möglich ist, versicherungstechnisch einer solchen Krankheitsversicherung beizukommen. Genau so wie innere Leiden können auch äußerliche Krankheiten durch einen Unfall verschlimmert werden. Hier scheint in manchen Fällen eine Übereinstimmung zwischen privaten und öffentlichen Versicherungen zu bestehen. Plattfüße, Kniegelenkveränderungen werden wohl in Betracht gezogen, wenn sie schon vor dem Unfall vorhanden waren. Auch eine Spontanfraktur infolge von Syphilis oder Tabes wird selbst bei Mitschuld eines Unfalls nicht als solcher von der staatlichen Versicherung angesehen. Sehr bemerkenswert ist folgender Fall, der wohl schon öfter zitiert wurde. Ein Mann, Mitte der Zwanziger, bemerkte an seiner Wange am 15. September 1895 einen kleinen Furunkel. Am 17. September ließ er sich rasieren, wobei der Furunkel etwas verletzt wurde. Am 19. September zeigten sich Erscheinungen von Blutvergiftung, am 22. Ausbruch allgemeiner Pyämie, am 26. September Tod. In diesem Falle wurde vom Kammergericht und Reichsgericht gegen die Gesellschaft entschieden, daß der Tod durch einen Unfall herbeigeführt worden war. Die zahlreichen Gutachten der bedeutendsten Chirurgen lauteten durchaus widersprechend. Körte z. B. sagte: „Der Versicherte ist an einem bösartigen Furunkel des Gesichts gestorben, der vielleicht durch den Schnitt verschlimmert wurde. Es sei kein Beweis dafür vorhanden, daß der Schnitt die bösartige Infektion gemacht habe.“ Mir scheint in der Tat, daß hier eine vollständig falsche Auffassung des Unfallbegriffs wieder die Ursache der richterlichen Entscheidung war. Die Gesichtsfurunkel sind wegen ihrer Bösartigkeit und ihrer Neigung zu allgemeiner Infektion berüchtigt. Darum war in solchem Falle durchaus jede Manipulation kontraindiziert. Es war ebensogut möglich, oder sogar wahrscheinlicher, daß das Einseifen, das Berühren der Wange und das Drücken, das Abwaschen etc. die Verschlimmerung des Furunkels bewirkt hat und nicht die durch das Rasiermesser bewirkte Abtragung der obersten Spitze des Furunkels. Man wird aber sicher nicht das Rasieren an sich und die damit verbundenen Maßnahmen als ein Unfallereignis ansehen dürfen. Zum mindesten hätten in einem solchen Falle die Bedenken der Sachverständigen dahin führen müssen, daß man die Hauptschuld an dem traurigen und bedauernswerten Ausgange der Bösartigkeit des Furunkels, also nicht dem unbedeutenden Unfallereignisse beigemessen hätte. Hier hat zweifellos das Gericht die Gepflogenheiten der Behörden für die staatliche Unfallversicherung in Anwendung gezogen. Ich bin am Ende meiner Ausführungen, weiß aber wohl, daß ich nur eine Skizze geben konnte. Um dieses Thema erschöpfend zu behandeln, müßte man ein ganzes Buch schreiben. Als wesentlichsten Unterschied zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung haben wir die Einschränkung der ersteren durch den Nachweis des Betriebsunfalls kennen gelernt. Dadurch wird eine bessere und objektivere Klarstellung des Unfallereignisses bei den Arbeitern möglich, während man bei den Versicherten der Privatgesellschaften fast immer lediglich auf die eigenen Angaben der Verletzten angewiesen ist. Eine weitere Konsequenz aus diesen Verhältnissen ist die Tatsache, daß bei der öffentlichen Versicherung das ärztliche Gutachten fast gar nicht für die Beurteilung des Unfallereignisses, nur zum Teil für die Auffassung der Unfallfolgen und hauptsächlich für die Feststellung der Unfallverletzung in Betracht kommt. Anders bei der Privatversicherung. Hier ruht alles auf dem Ausspruche des Arztes, der

die Frage zu entscheiden hat, ob überhaupt ein Unfall und dann ob ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliegt. Darum hat die genaue und möglichst präzis gefaßte Begriffsbestimmung des Unfalls für die Privatversicherung einen noch viel höheren Wert, als für die staatliche. Freilich glaube ich, daß die mancherlei Übelstände und Nachteile, die sich bei der öffentlichen Versicherung im Laufe der Jahre herausgestellt haben, auf das Fehlen einer genauen Bestimmung des Unfallbegriffs in dem Unfallversicherungsgesetz von 1884 zurückzuführen sind. Wenn zwar die wiederholt erwähnte Einschränkung auf den Betriebsunfall einer kurzen Definition widerstrebt, so würde es doch von Vorteil sein, wenn auch für die staatliche Versicherung eine solche gegeben würde. Allerdings werden wir bei der Absicht des Gesetzgebers, ein Fürsorgegesetz für die Arbeiter zu schaffen, die milde und humane Behandlung der Fälle begreifen, die von den Behörden angewandt wird, sobald nur der Betriebsunfall festgestellt wurde. Die Privatversicherungen aber müssen streng darauf achten, daß den Anforderungen genügt wird, die nach den Vertragsbedingungen an das Unfallereignis gestellt werden müssen. Diese Vertragsbedingungen sind indessen stets unzureichend, wenn man sie noch so sorgfältig und vorsichtig mit allen möglichen Einschlüssen und Ausschlüssen ausgearbeitet hat. Sie bilden weder für die Versicherten eine Garantie, noch einen Schutz für die Gesellschaft. Nur durch eine klare und bestimmte Definition des Unfallbegriffs selbst können die Versicherungsgesellschaften für alle Teile eine sichere rechtliche Grundlage schaffen. Ich will aber nicht schließen, ohne noch auf einen wesentlichen äußerlichen Unterschied hinzuweisen, der zwischen der staatlichen und privaten Unfallversicherung besteht. Das ist die Entscheidung in strittigen Fällen. Bei der öffentlichen Versicherung haben wir ein gut geregeltes Verfahren. Wir haben die drei Instanzen: Berufsgenossenschaft, Schiedsgericht, Reichsversicherungsamt. Bei den Berufungsgerichten wiederum das Prävalieren der juristischen Faktoren. Anders bei den privaten Unfallversicherungen. Die meisten Gesellschaften haben die Einrichtung von ärztlichen Schiedsgerichten getroffen, in denen ein Berater des Versicherten, ein Vertreter der Gesellschaft und ein von beiden Ärzten gewählter Obmann die Entscheidung zu treffen haben. Aber wenn auch die Gesellschaften sich an dieses Urteil stets gebunden halten, so bleibt doch dem Versicherten immer noch der Rechtsweg in der Anrufung der zuständigen Gerichte bis zum Kammergericht und Reichsgericht. Zuweilen wird auch einfach Beschwerde beim Kaiserlichen Aufsichtsamt für die Privatversicherungen geführt. Ich halte dieses ganze Verfahren für unzureichend. Mir scheint hier eine Änderung dringend geboten. Häufig haben die entscheidenden Ärzte doch nicht die genügende Kenntnis der rechtlichen Lage und andererseits die Gerichte nicht das volle Verständnis für die ärztliche Seite des Falles. Ich halte es für durchaus geboten, daß ein besonderes Gericht, vielleicht als Angliederung an das Kaiserliche Aufsichtsamt für die Privatversicherung eingerichtet wird. Es müßte aus Richtern bestehen und ärztlichen Sachverständigen, vielleicht auch unter Zuziehung von Laien, die nach dem jeweiligen Beruf des klägerischen Versicherten zu wählen wären. In diesem Sondergerichtshofe müßte vor allem der Unterschied zwischen der privaten und der staatlichen Unfallversicherung klar erkannt werden, um die Verpflichtungen der privaten Versicherungsgesellschaften gegenüber den Versicherten in gerechter Weise beurteilen zu können.

Zeitschriftenübersicht.

Medizinische Reform. 1906. Nr. 45: A. Sticker, Die Bedeutung des Tierexperimentes für die soziale Hygiene und die soziale Medizin. — Nr. 46: N. Nahm, Über Heilstättenfragen. — Nr. 47: L. Berthenson, Die Überwachung der Prostitution in Rußland; Koßmann, Deutschland in den Augen eines französischen Arztes. — Nr. 48: F. Prinzing, Nimmt die Zuckerkrankheit an Häufigkeit zu?; R. Kayser, Die Bedeutung kassenärztlicher Versicherung der Gesamtbevölkerung für das Einkommen der Ärzte. — Nr. 49: M. Sternberg, Erfahrungen über gewerbliche Bleivergiftung in Wien; G. Liebe, Der Alkohol als „Heilstätten-Streitfrage". — Nr. 50: M. Sternberg, Fortsetzung aus Nr. 49; M. Flesch, Die Steigerung der Lebensmittelpreise und die Aufgaben der Hygiene. — Nr. 52: Rabnow, Die städtische Anskunfts- und Fürsorgestelle für Tuberkulöse in Schöneberg; E. Lennhoff, Armenpflege und Armenpolitik. — 1907. Nr. 1: J. Katz, Die Ansiedelung leicht lungenkranker Arbeiter in Deutsch-Südwestafrika, eine Aufgabe der Landesversicherungsanstalten. — Nr. 2: E. Israel, Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen; R. Lennhoff, Die Säuglingsfürsorge der Stadt Berlin.

Medizinische Klinik. 1906. Nr. 41: Th. Witry, Die erstmalige Entfernung der Ketten der Irren in der französischen Irrenanstalt Bicêtre; E. Kürz, Soziale Hygiene. — Nr. 42: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 41. — Nr. 43: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 42. — Nr. 44: E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 43. — Nr. 45: E. Abderhalden, Zur Frage der Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 44. — Nr. 46: G. Gisler, Stillungsunfähigkeit der Frauen und familiärer Alkoholismus; B. Laquer, Der Alkohol im Arbeiterhaushalt; E. Kürz, Fortsetzung aus Nr. 45. — Nr. 47: C. Colombo, Notwendigkeit eines besonderen Sanitätsbeistandes für die von Betriebsunfällen betroffenen Arbeiter. — Nr. 48: E. Abderhalden, Ein Vorschlag zur Bekämpfung des Alkoholismus auf internationaler Grundlage; E. Landsberg, Über das ärztliche Berufsgeheimnis; W. Brandis, Freie Arztwahl der Unfallverletzten; Witry, Le malade et le médecin. — Nr. 49: Nolte, Über Gesundheitspflege.

Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie. 1906. Nr. 6: L. Plate, Über Vererbung und die Notwendigkeit der Gründung einer Versuchsanstalt für Vererbungs- und Züchtungskunde; W. Claassen, Die Frage der Entartung der Volksmassen auf Grund der verschiedenen, durch die Statistik dargebotenen Maßstäbe der Vitalität. (Schluß); A. Ploetz, Zur Abgrenzung und Einteilung des Begriffs Rassenhygiene.

Politisch-Anthropologische Revue. 1907. Nr. 10: Fr. von den Velden, Die voraussichtlichen Folgen der Mutterschaftsversicherung.

Deutsche Krankenkassen-Zeitung. 1906. Nr. 32: Die Beschränkung der Krankenkassen auf reine Geldleistungen. — Nr. 35: Fortsetzung aus Nr. 32. — Nr. 36: Fortsetzung aus Nr. 35.

Zeitschrift für Samariter- und Rettungswesen. 1906. Nr. 23: L. Sofer, Das Rettungswesen im Bergbaubetriebe. 1907. Nr. 2: G. Meyer, Einige Gesichtspunkte für die Organisation des Rettungswesens und der Krankenbeförderung.

Die Arbeiterversorgung. 1906. Nr. 31: R. Weck, Der Königsberger Ärztekonflikt. — Nr. 32: F. Kleeis Die Krankenhauspflege und die Kosten derselben; Hahn, Zu den Voraussetzungen der Befreinng von der Versicherungspflicht nach § 3a Abs. 1 Nr. 2 KVG. — Nr. 35: J. Rotholz, Die Krankenrenten;

Zu der Anwendung des § 140 Absatz 2 des IVG. — Nr. 36: L. Fuld, Zur Verwendung des Eventualdolus in der Arbeiterversicherungsgesetzgebung; F. Kleeis, Die Quittungsbücher für die Kasssenmitglieder. — 1907. Nr. 1: Die Invaliden- und Waisenversicherungskasse der Seeberufsgenossenschaft.

Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 22: H. Unger, Die Steigerung der Lebensmittelpreise und ihre Einwirkung auf die Arbeiterversicherung; E. Funke, Das Verhältnis der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung zur Unfallversicherung. (Schluß.) — Nr. 23: H. v. Frankenberg, Die Bedeutung des Zwecks der Arbeiterversicherung. — Nr. 24: A. Kiß, Der ungarische Arbeiterversicherungsgesetzentwurf. — 1907. Nr. 1: G. Hoch, Ein Rückblick und ein Ausblick.

Reformblatt für Arbeiterversicherung. 1906. Nr. 20: L. Fuld, Wöchnerinnen-Unterstützung und Schwangerschaftsunterstützung. — Nr. 21. Cl. Heiß, Der fünfte internationale Kongreß für Versicherungswissenschaft; Die reichsgesetzliche Regelung des Apothekenwesens; Das staatliche Versicherungswesen in Deutschland. — Nr. 22: Seelmann, Die Witwen- und Waisenversicherung der Seeleute; Güldenberg, Die Beteiligung der Krankenkassen bei der Festsetzung der ortsüblichen Tagelöhne. — Nr. 23: v. Frankenberg, Der Gehaltsabzug in Krankheitsfällen; F. Kleeis, Die Beseitigung der Gemeindekrankenversicherungen; Seelmann, Die ärztliche Begutachtung des Beginns der Invalidität. — Nr. 24: E. Giesberts, Fünfundzwanzig Jahre Sozialreform; O. Scheven, Zur Frage der ökonomischen Verordnungsweise bei den Krankenkassen mit freier Arztwahl; Tribius, Was die Knappschaftskassen leisten. — 1907. Nr. 1. G. Mikusch, Das österreichische Gesetz über die Pensionsversicherung der Privatangestellten; Stier-Somlo, Der augenblickliche Stand des Problems der Witwen- und Waisenversicherung. — Nr. 2: P. Lohmar, Der Industrielle und die Reform der Arbeiterversicherung; Stier-Somlo, Der augenblickliche Stand des Problems der Witwen- und Waisenversicherung.

Kommunale Praxis. 1906. Nr. 48: F. Kleeis, Die Gemeinden und die Krankenversicherung. — Nr. 50: P. Hirsch, Beiträge zur Schulgesundheitspflege. — 1907. Nr. 1: H. Lindemann, Verfassung und Verwaltungsorganisation der Städte in der Schweiz.

Soziale Kultur. 1906. Nr. 12: B. Schmittmann, Die Versorgung vorgeschrittener Lungenkranker; B. Schmidt-Blanke, Strafrecht und Verbrechersprophylaxe. 1907. Nr. 1; H. Rost, Vom Alkohol; K. Jowanowitsch, Die Heimstättenfrage.

Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1906. Nr. 8: Polligkeit, Das Mailänder Istituto Pedagogico Forense per la Redenzione dei Minorenni Traviati.

Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege. 1906. Nr. 4: G. Meyer, Die Entwicklung und zukünftige Ausgestaltung des Rettungs- und Krankenbeförderungswesens; G. Puppe, Über Gefängnishygiene; E. Arends, Zur Frage der Milchhygiene; Dosquet-Manasse, Vorschläge zur Entlastung der städtischen Krankenhäuser.

Tuberculosis. 1906. Nr. 10: Ve Conférence de l'Association Internationale contre la tuberculose. — Nr. 11: Fortsetzung aus Nr. 10.

Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 1906. Nr. 20: E. Cramer, Augenverletzungen und Unfallheilkunde. — Nr. 22: F. Köhler, Die moderne allgemeine Behandlung der Lungentuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung

der Heilstätten. — Nr. 24: R. Kutner, E. v. Bergmann und das ärztliche Fortbildungswesen; G. Meyer, E. v. Bergmann und das Rettungswesen; Th. Rumpf, Der Unterricht in der sozialen Medizin.

Zeitschrift für Medizinalbeamte. 1906. Nr. 21: F. Spaet, Über Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken; F. Ahlfeld, Kreisarzt und Kindbettfieber. — Nr. 20: O. Rapmund, Das preußische Gesetz, betr: die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. — Nr. 22: R. Thomalla, Über Kreuzotterbisse. — Nr. 23: Über Trinkwasserleitungen des Kreises Simmern; Oehmke, Die milchhygienische Anstalt Hofstede-Oud-Bussem. — Nr. 24: F. Ahlfeld, Augenschutz der Neugeborenen, 1907. — Nr. 1: Klix, Die Säuglingssterblichkeit und ihre Bekämpfung in Posen.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung. 1906. Nr. 20: Ledderhose, Zur Frage der ärztlichen Behandlung der Unfallverletzten. — Nr. 21: Wiener, Unfall und Frauenkrankheiten. — Nr. 22: Schwechten, Invalidenfürsorge der Pensionskasse für die Arbeiter der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft. — Nr. 23: Mercklin, Sittlichkeitsvergehen. Zwangsvorstellungen; Eisenstadt, Eine populär-medizinische Enzyklopädie. — Nr. 24: Strauß, Über einige Fragen der Unfallbegutachtung bei Herzkrankheiten.

Prager medizinische Wochenschrift. 1906. Nr. 24: Zur Organisation der Distrikts- und Gemeindeärzte in Böhmen. — Nr. 32: F. Perko, Entwurf eines Landessanitätsgesetzes für das Königreich Böhmen. — Nr. 33: F. Perko, Fortsetzung aus Nr. 32. — Nr. 35: Kantor, Ärzte und gesundheitliche Volksaufklärung in Deutschböhmen. — Nr. 36: Kantor, Fortsetzung aus Nr. 35. — Nr. 37: F. Stein, Das ärztliche Berufsgeheimnis nach österreichischem Rechte. — Nr. 38: G. Weiß, Alhoholliteratur. — Nr. 39: J. Ekstein, Hygienische Betrachtungen. — Nr. 42: A. Marian, Über Krankenkassenstatistik im Aussiger Bezirke; A. Hartmann, Ärztliche Sonntagsruhe; G. Pick, Die freie Arztwahl in München. — Nr. 43: F. Perko, Kritische Bemerkungen zur Gründung des Reichsverbandes österreichischer Ärzteorganisationen in Wien. — Nr. 49: G. Pick, Die ärztliche Buchführung in der Privat- und Kassenpraxis.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1906. Nr. 9: J. Fabry, Zur Frage der Inskription unter sittenpolizeiliche Aufsicht mit besonderer Berücksichtigung Dortmunder Verhältnisse; J. Rutgers, Skizzen aus Holland. — Nr. 10: Galewsky, Über die Übertragung von Geschlechtskrankheiten beim Stillgeschäft; L. Bendix, Zur Verschwiegenheitspflicht der Ärzte. — Nr. 11: W. Erb, Zur Statistik des Trippers beim Manne und seiner Folgen für die Ehefrauen: E. Finger, Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in Österreich.

Monatsschrift für Unfallkunde. 1906. Nr. 1: Liniger, Interessante Fälle aus der Unfallpraxis; C. Schmidt, Störungen in der Gewohnheit an körperliche Gebrechen und ihre Bedeutung für die Invalidenversicherung; — Nr. 3: G. Haag, Mitteilungen aus der Rechtspflege. — Nr. 4: Liniger, Fortsetzung aus Nr. 1. — Nr. 6: F. Honigmann, Die Verschlimmerung bösartiger Geschwülste als Unfallfolge. — Nr. 8: Ph. Kooperberg, Organisation des Medizinalwesens in bezug auf das Unfallgesetz in Holland; L. Feilchenfeld, Über die Verschlimmerung von Krankheiten des Zirkulationsapparates durch Unfälle. — Nr. 9: C. Thiem, Über den Einfluß der neueren deutschen Unfallgesetzgebung auf Heilbarkeit und Unheilbarkeit chirurgischer Krankheiten; Gaupp, Der Einfluß der deutschen Unfallgesetzgebung auf den Verlauf der Nerven- und Geisteskrankheiten; Bericht über den vom 10.—15. Sept. in Berlin abgehaltenen IV. internationalen Kongreß für Versicherungsmedizin. — Nr. 10: M. Nonne,

Über den Einfluß der Unfallgesetzgebung auf den Ablauf von Unfallneurosen. — Nr. 11: E. Cramer, Ausländische Ansichten über die Möglichkeit, Unfallverletzte zur Duldung von chirurgischen Eingriffen zu ihrem Besten zu zwingen.

Außerdem sind folgende Druckschriften eingegangen:

Jahresbericht der Deutschen Gartenstadt-Gesellschaft 1905—1906. — B. Kampffmeyer, Gartenstadt und Landeskultur. Flugschrift der deutschen Gartenstadt-Gesellschaft Nr. 10. Berlin-Schlachtensee 1906 (0,30 M.). — M. Hirschfeld, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. VIII. Jahrgang. Leipzig 1906. M. Spohr. — G. Cornet, Die Tuberkulose. 2. Aufl. 2 Hälften. Wien 1906. A. Hölder (32,00 M.). — E. Siefert, Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907. C. Marhold (6,00 M.). — G. v. Bunge, Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen ihre Kinder zu stillen. 5. durch neues statistisches Material vermehrte Auflage. München 1907. E. Reinhardt (0,80 M.). — J. Bresler, Greisenalter und Kriminalität. Halle 1907. C. Marhold (1,80 M.). — A. Japha und H. Neumann, Die Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Berlin. Berlin 1906. S. Karger (2,00 M.). — G. Cornet, Die Prophylaxis der Tuberkulose. Separatabdruck aus G. Cornet, Die Tuberkulose, II. Aufl. Wien 1906. A. Hölder. — F. Hirschfeld Chronische Krankheiten und Lebensversicherung. Sonderabdruck aus Die Deutsche Klinik. Berlin und Wien 1906. Urban und Schwarzenberg. — F. Perutz, Medizinisches und Sozialhygienisches von der Jubiläumsausstellung in Nürnberg. Separatabdruck aus Münch. med. Wochenschr. 1906 Nr. 26. — A. Celli. Achter Jahresbericht der Italienischen Gesellschaft für Malariaforschung. Abdruck aus dem Zentralblatt für Bakteriologie etc XXXVIII. Band. Jena 1906. G. Fischer. — A. Holitscher. Gewerbliche Gesundheitslehre. Aus Bibliothek der gesamten Technik XIV. Band. Hannover 1907. Dr. M. Jänecke (2,60 M.). — J. Hampe, Über den Schwachsinn nebst seinen Beziehungen zur Psychologie der Aussage. Braunschweig 1907. F. Vieweg und Sohn (2,00 M.). — L. S. A. M. v. Römer, Beiträge zur Erkenntnis des Uranismus. Heft I: Die uranische Familie. Untersuchungen über die Ascendenz der Uranier. Leipzig und Amsterdam 1906. Maas und van Suchtelen (4,00 M.). — F. Dörbeck, Geschichte der Pestepidemien in Rußland von der Gründung des Reiches bis auf die Gegenwart. Abhandlungen zur Geschichte der Medizin. Heft XVIII. Breslau 1906. J. U. Kerns Verlag (6,00 M.). — J. L. Reimer. Grundzüge deutscher Wiedergeburt. 2. erweiterte Auflage. Leipzig 1906. Thüringische Verlagsanstalt (1,00 M.). — Grüllich, Ärztliche Hilfe, Kranke und Krankenkassen auf dem Lande. Frankfurt a. M. 1906. Verlag des Reformblatt für Arbeiterversicherung. Dr. E. Schnapper. — M. Sternberg, Erfahrungen über gewerbliche Bleivergiftungen in Wien. Separatabzug aus Das österreichische Sanitätswesen 1906 No. 32–39. — Ergebnisse des von der Landes-Versicherungsanstalt der Hansestädte eingeleiteten Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten bis Ende 1905. — Berichte und Verhandlungen des Vierten Internationalen Kongresses für Versicherungs-Medizin zu Berlin vom 10. bis 15. September 1906. II. Band. Berlin 1906. E. S. Mittler und Sohn. — Knöpfel, Zur Säuglingssterblichkeit in Hessen. Sonderabdruck aus der „Darmstädter Zeitung". — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin" nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel", der alljährlich im Juli erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und Sozialen Medizin.

Umschau.

Berlin, den 25. April 1907.

Das Reichsamt des Innern hat den Entwurf eines Reichs-Apothekengesetzes der Öffentlichkeit übergeben. Die Annahme dieses Gesetzentwurfes würde die Errichtung von veräußerlichen und übertragbaren Realkonzessionen, die in Preußen bereits seit dem Jahre 1894 nicht mehr erteilt werden, auch für das übrige Reichsgebiet unmöglich machen. An den bereits erteilten Realberechtigungen, deren Anzahl in Preußen gegenwärtig noch 2736 beträgt, soll vorläufig reichsgesetzlich nichts geändert werden; doch soll den Inhabern von Apotheken eine Betriebsabgabe auferlegt werden, aus der ein Ankaufsfond zur Tilgung eines großen Teils der Apothekenberechtigungen angesammelt werden soll. Ein gesetzliches Vorkaufsrecht und eine Kontrolle der Abschätzung durch die Verwaltungsbehörde werden diesen Prozeß erleichtern. Alle bereits bestehenden landesrechtlichen Vorschriften, die schon gegenwärtig das Recht eines Realkonzessionärs zur Veräußerung seiner Konzession beschränken und die Umwandlung übertragbarer in nichtübertragbare Konzessionen bezwecken, werden von dem Gesetz nicht berührt. Der Grundzug des Gesetzes bezweckt also einen allmählichen Ersatz der zum Apothekenschacher führenden Realkonzession durch die Personalkonzession. Diese Tendenz ist selbstverständlich zu begrüßen. Doch darf nicht verschwiegen werden, daß auch diese Lösung der brennenden Apothekerfrage nur als eine provisorische angesehen werden kann. Auch die Personalkonzession ist und bleibt ein Privilegium, und Privilegien sollten im modernen Wirtschaftsleben niemals Privatpersonen sondern immer nur öffentlichen Institutionen zur Exploitation überlassen werden. Gerade der Apothekenbetrieb dürfte sich vorzüg-

lich entweder zur Verstaatlichung oder noch besser zur Kommunalisierung eignen, zumal die Apotheke in neuerer Zeit immer mehr den Charakter einer Produktionsstätte verliert und sich zu einer reinen Distributionsstätte von Heilmitteln entwickelt. Vorbildlich dürfte nach dieser Richtung sein, daß im Großherzogtum Hessen die neuerteilten Konzessionen größtenteils an Gemeinden vergeben sind, so daß hier bereits 13 Kommunalapotheken entstanden sind, mit denen man die besten Erfahrungen gemacht hat.

Der Beratung dieser und ähnlicher Vorlagen wird es zugute kommen, daß in den neuen Reichstag eine Anzahl von Ärzten gewählt sind, die sich auf fast alle Parteien verteilen, nämlich Arning-Nienburg (Nationalliberal), Höffel-Zabern (Freikonservativ), Leonhart-Husum (Freisinnige Volkspartei), Mugdan-Görlitz (Freisinnige Volkspartei), Ricklin-Altkirch (Centrum), Struve-Oldenburg (Freisinnige Vereinigung) und Rügenberg-Hagenau (Centrum). Diese erfreuliche Durchsetzung des Parlaments mit ärztlichen Elementen ist besonders für den Fall wichtig, daß dieser Reichstag über weitgehende Reformen des Krankenversicherungswesens oder gar die Vereinheitlichung des gesamten sozialen Versicherungswesens zu beschließen haben würde.

In Dänemark wird eine anthropometrische und anthropologische Massenuntersuchung der gesamten Bevölkerung vorbereitet. An der Spitze des leitenden Ausschusses stehen Generalstabsarzt H. Laub, der Statistiker H. Westergaard und der Anthropologe S. Hansen. Um eine Unterlage für die allgemeine Untersuchung zu gewinnen, hat man zunächst damit begonnen, isolierte kleine Bezirke gründlich zu studieren, indem man möglichst sämtliche Erwachsene beiderlei Geschlechtes einer anthropometrischen Aufnahme und einer anthropologischen Beschreibung unterzieht.

Auf Anregung des neuen Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Kaufmann ist unter dem Titel „Monatsblätter für Arbeiterversicherung“ eine neue Zeitschrift ins Leben gerufen worden, die sich die Verbreitung der Grundzüge der Arbeiterversicherung zum Ziele setzt und von den Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes bearbeitet wird. Die neue Veröffentlichung dieser Zeitschrift soll die „Amtlichen Nachrichten“ des Deutschen Reichsversicherungsamtes in volkstümlicher Weise ergänzen.

In der Genf erscheint seit Beginn dieses Jahres eine „Revue Suisse des Accidents du Travail“ als deren Redakteure E. Patry, H. Secrétan, Ch. Julliard und L. Rehfous zeichnen.

Am 30. Januar 1907 ertrank in Sestri beim Baden im Mittelländischen Meere der Soziologe, Arzt und Anthropologe L. Woltmann im 36. Lebensjahre. Wenn auch die Bedeutung des Verstorbenen vornehmlich auf anthropologischem Gebiete liegt, so beklagt doch auch die Soziale Hygiene in ihm den Verlust eines der ihren, da Woltmann sowohl in seinem Hauptwerke über „Politische Anthropologie“ wie als Herausgeber der „Politisch-anthropologischen Revue“ der Sozialen Hygiene und zwar besonders dem Teile derselben, der sich mit dem Problem der körperlichen Entartung befaßt, manche anregende Erörterung gewidmet hat.

Am 14. Februar 1907 starb in Bonn J. von Rottenburg im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene stand im Jahre 1881—1891 an der Spitze der Reichskanzlei und bewährte sich in dieser Stellung als einer der maßgebendsten Mitarbeiter des Fürsten Bismark auf dem Gebiete der sozialen Versicherungsgesetzgebung.

A. Grotjahn.

Die Lungenheilstättenbewegung im Lichte der Sozialen Hygiene.

Von Dr. med. A. Grotjahn, Berlin.

I.

Seitdem Brehmer und seine Schüler gezeigt haben, daß die diätetische Behandlung der Lungenkranken in besonderen Anstalten zahlreiche Patienten teils wirklich zu heilen, teils erheblich zu bessern imstande ist, kann die Notwendigkeit der Errichtung von Anstalten für Lungenkranke nicht mehr bestritten werden, auch nicht von denen, die den optimistischen Erwartungen bezüglich der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit durch Anstalten, die für Patienten im Frühstadium bestimmt sind, skeptisch gegenüberstehen. Derartige optimistische Erwartungen sind bekanntlich von den agitatorisch so überaus rührigen Befürwortern der Lungenheilstätten gehegt worden. Die lebhafte Propaganda, deren Seele in Deutschland G. Pannwitz war und die ihre größte Kraftentfaltung in den Jahren erreichte, die auf den im Jahre 1899 in Berlin tagenden Kongreß zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit folgten, hat dazu geführt, daß in Deutschland eine achtunggebietende Zahl Lungenheilstätten von Vereinen, Kommunalbehörden und besonders von Landesversicherungsanstalten gegründet worden sind. Sie haben zahlreichen Patienten Segen gebracht; aber daß sie die Tuberkulose als Volkskrankheit auch nur im bescheidenen Maße eingedämmt hätten, kann nicht behauptet werden. Diese zwar nicht eingestandene, aber doch gefühlte Erkenntnis hat in den Kreisen, die für das Heilstättenwesen enthusiasmiert waren, gegenwärtig eine etwas niedergeschlagene Stimmung hervorgerufen. Doch dürfte eine pessimistische Auffassung jetzt wohl ebenso un-

berechtigt sein, wie es früher die übertriebenen Hoffnungen waren. Der Fehler liegt darin, daß die deutsche Lungenheilstättenbewegung sich auf das Heilen der Tuberkulose kapriziert hat und deshalb vorwiegend Anstalten für Patienten schuf, die noch im Frühstadium der Krankheit sich befanden, die vorgeschrittenen Fälle dagegen, die für die Verbreitung der Tuberkulose als Volkskrankheit ausschlaggebend sind, vernachlässigte. Lungenheilstätten für im Anfangsstadium Erkrankte sind notwendig, weil ein bescheidener Prozentsatz durch den Aufenthalt in denselben geheilt oder dauernd gebessert werden kann. Die Lungenheilstätten sind also nützlich, ja dringend erforderlich vom Standpunkte der Medizin und der Therapie. Fraglich ist nur ihr Wert vom sozialhygienischen Gesichtspunkte aus; denn das Sinken der Sterblichkeit an Tuberkulose ist auf ihre Wirksamkeit nicht zurückzuführen. Die Zahl von 30000 Plätzen, die für die Heilbehandlung zur Verfügung stehen, ist zwar absolut genommen höchst achtungswert, aber im Vergleich zu der Ausdehnung der Tuberkulose fast verschwindend.[1])

Der lähmende Einfluß dieser Erkenntnis ist auch in den Kreisen, die in dem im Jahre 1895 gegründeten Zentralkomitee zur Errichtung von Lungenheilstätten[2]) die Spitze ihrer Organisation sehen, bemerkbar. Das äußert sich zurzeit in der Bevorzugung der Errichtung von Fürsorgestellen, Tuberkulosemuseen und anderen kleinen Mitteln vor der Förderung des Baues neuer Anstalten. Die frühere Sicherheit und hochangesehene Stellung wird das Zentralkomitee erst zurückgewinnen, wenn es den Gedanken der Anstaltsbehandlung wieder in den Vordergrund der Betätigung stellt. Nur mit dem Unterschiede, daß jetzt die Asylisierung der Lungenkranken im vorgeschrittenen Stadium ebenso energisch propagiert werden muß, wie früher die Hospitalisierung der im Frühstadium Befindlichen. Einen Leitstern hierfür kann die Rede abgeben, die Robert Koch bei der Empfangnahme des Nobelpreises hielt,[3]) und die auffallenderweise weniger Beachtung gefunden hat als die gleichzeitigen Mitteilungen des nämlichen

---

[1]) B. v. Fetzer schätzt (Lungentuberkulose und Heilstättenbehandlung. Stuttgart 1900) die Zahl der Tuberkulösen in Deutschland auf etwa 1 Million. L. Brauer schätzt nach einer recht sorgfältigen Stichprobe die Zahl der in Baden im Jahre 1904 lebenden Lungenkranken aller Stadien auf 13650.

[2]) Seit 1906 ist die Bezeichnung in „Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose" abgeändert worden.

[3]) Deutsche medizin. Wochenschr., 1906, S. 89.

Forschers über Tropenkrankheiten, die für uns doch nur ein sekundäres Interesse haben. Robert Koch führte in schlichter aber überzeugender Weise aus, von welch großem Werte für die Eindämmung der Lungentuberkulose die Absonderung der vorgeschrittenen Fälle aus ihrer Umgebung sein würde. Er sagt: „Was soll nun mit den als gefährlich anzusehenden Kranken geschehen, sobald sie zur Kenntnis gekommen sind? Wenn es möglich wäre, sie sämtlich in Krankenhäusern unterzubringen und dadurch relativ unschädlich zu machen, dann würde die Tuberkulose sehr rasch abnehmen. Aber daran ist wenigstens zurzeit gar nicht zu denken. Die Zahl der Tuberkulösen, für welche Krankenhausbehandlung erforderlich sein würde, ist beispielsweise für Deutschland auf mehr als 200 000 berechnet. Es würde unerschwinglicher Mittel bedürfen, um eine derartige Zahl von Kranken in Anstalten unterzubringen. Nun ist es aber auch gar nicht notwendig, daß sofort alle Tuberkulösen in Krankenhäuser gebracht werden. Wir dürfen auf eine Abnahme der Tuberkulose, wenn auch eine langsamere, rechnen, wenn ein erheblicher Bruchteil dieser Kranken Aufnahme in geeigneten Anstalten findet. Ich erinnere in dieser Beziehung an das so außerordentlich lehrreiche Beispiel der Leprabekämpfung in Norwegen. In diesem Lande hat man auch nicht alle Leprösen isoliert, sondern nur einen Bruchteil derselben, darunter aber gerade die besonders gefährlichen, und man hat damit erreicht, daß die Zahl der Leprösen, welche im Jahre 1856 noch fast 3000 betrug, zurzeit auf etwa 500 herabgegangen ist. Nach diesem Vorbilde sollte man auch in der Tuberkulosebekämpfung verfahren, und wenn man nicht alle Schwindsüchtigen berücksichtigen kann, so sollte man doch so viel als irgend möglich und darunter die gefährlichsten, das heißt die im letzten Stadium der Schwindsucht befindlichen, in Krankenhäusern unterbringen. In bezug hierauf geschieht an manchen Orten aber auch schon mehr, als man gewöhnlich annimmt. In der Stadt Berlin sind im letzten Jahrzehnt mehr als 40 Proz. der Schwindsüchtigen in den Krankenhäusern gestorben. Recht günstig müssen diese Verhältnisse auch in Stockholm sein, da Carlsson in seiner Schrift über die Tuberkulosebekämpfung in Schweden angibt, daß 410 Schwindsüchtige in den Krankenhäusern dieser Stadt verpflegt werden, was für eine Stadt von 300 000 Einwohnern keine geringe Zahl ist. Die Anzahl der Schwindsüchtigen, welche auf solche Weise in Verhältnisse gebracht werden, unter denen sie nicht mehr anstecken können, ist doch eine recht erhebliche und kann

nicht ohne Einfluß auf den Gang der Seuche bleiben. Im Zusammenhange hiermit möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf eine Erscheinung lenken, welche die größte Beachtung verdient. Es ist dies der gleichmäßige und bedeutende Rückgang der Schwindsuchtssterblichkeit in einigen Ländern. In England ist diese Abnahme schon seit etwa 40 Jahren im Gange. Merkwürdigerweise ist dieselbe in Schottland geringer, und sie fehlt in Irland vollständig. Sehr ausgesprochen ist der Tuberkuloserückgang in Preußen. Während des Jahrzehnts von 1876—1886 stand die Schwindsuchtssterblichkeit noch gleichmäßig hoch. Von 1886 ab fiel sie dann aber von Jahr zu Jahr und ist bis jetzt um mehr als 30 Proz., also etwa um ein Drittel gesunken. Man hat ausgerechnet, daß infolgedessen, obwohl die Bevölkerungsziffer inzwischen gestiegen ist, jetzt in Preußen alljährlich etwa 20000 Menschen weniger an Schwindsucht sterben als vor 20 Jahren. In anderen Ländern, z. B. Österreich und Ungarn, ist die Schwindsuchtssterblichkeit auf der früheren bedeutenden Höhe geblieben. Es läßt sich schwer sagen, wodurch dies eigentümliche Verhalten der Tuberkulose in den genannten Ländern bedingt ist. Vermutlich haben mehrere Faktoren zusammengewirkt. Die Verbesserung der Lage der unteren Volksschichten namentlich in bezug auf Wohnungsverhältnisse und die bessere Kenntnis der Ansteckungsgefahr, welche den einzelnen veranlaßt, sich der Ansteckung nicht mehr ahnungslos auszusetzen, haben sicher das Ihrige getan, um die Tuberkulose abnehmen zu lassen. Aber ich bin fest davon überzeugt, daß *die bessere Fürsorge für die Schwindsüchtigen im letzten Stadium, nämlich ihre Unterbringung in Krankenanstalten*, die in England und in Preußen in verhältnismäßig großem Umfange geschieht, am meisten zur Besserung der Tuberkuloseverhältnisse beigetragen hat. Ich werde in dieser Meinung noch besonders durch das Verhalten der Tuberkulose in Stockholm bestärkt, wo, wie bereits erwähnt wurde, verhältnismäßig viel Schwindsüchtige in den Anstalten verpflegt werden, und wo auch im Laufe der letzten Dezennien die Schwindsuchtssterblichkeit um 38 Proz. herabgegangen ist. Hieraus sollen wir aber die Lehre entnehmen, daß auf diese Maßregel, nämlich die Unterbringung der Schwindsüchtigen in geeigneten Anstalten, im Kampfe gegen die Tuberkulose der größte Nachdruck zu legen ist, und man sollte noch viel mehr als bisher dafür sorgen, daß die Schwindsüchtigen nicht in ihren Wohnungen sterben, wo sie sich überdies meistens in hilfloser Lage und ohne ausreichende Pflege

befinden. Wenn nicht mehr wie bisher die Schwindsüchtigen als Unheilbare von den Krankenhäusern zurückgewiesen werden, sondern wenn wir ihnen die denkbar beste und unentgeltliche Pflege anbieten, in einzelnen Fällen sogar noch Heilung in Aussicht stellen können, wenn ferner für ihre Familien während der Krankheit gesorgt wird, dann wird nicht der geringste Zwang nötig sein, um noch viel mehr dieser unglücklichen Kranken zu veranlassen, die Krankenhäuser aufzusuchen, als es jetzt schon geschieht."

Heilungen und Besserungen werden in den Anstalten erzielt, aber sie sind nicht so zahlreich, daß sie gegenüber der Verbreitung der Lungentuberkulose in Frage kommen. Wirkliche Heilungen [1]) im medizinischen Sinne sind so selten bei den proletarischen Lungenkranken, auch wenn sie die Heilstätte passiert haben, daß sie auch von den begeistertsten Verfechtern nicht zum Beweis der Vorzüge der Anstaltsbehandlung vorgebracht worden sind. Weicker berechnet aus seinem Material, das mehr als 3000 Patienten umfaßt, einen Dauererfolg „von voller, resp. teilweiser Arbeitsfähigkeit im Durchschnitt von 6 Jahren" auf 41,6 Proz. (Beiträge zur Frage der Volksheilstätten, VIII, Leipzig 1903). Die vom Reichsversicherungsamt herausgegebenen „Amtlichen Nachrichten" verzeichnen einen Dauererfolg bei 40 Proz., der 2 Jahre nach dem Aufenthalt in der Heilstätte noch anhält, d. h. der noch nicht der Invalidisierung der Patienten gewichen ist. Dauererfolg ist hier aber gleich Arbeitsfähigkeit im Sinne des § 5 Abs. 4 des IVG. und bedeutet das Vermögen des Patienten, „durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen".

Aus den zahlreichen Ermittlungen über die in den Lungenheilstätten erzielten Erfolge sind nur die von Wert, die sich auf

[1]) Unter Heilung versteht der gesunde Menschenverstand und mit ihm der exakte ärztliche Sprachgebrauch die dauernde Beseitigung eines krankhaften Zustandes. Es dient nur zur Verwirrung, wenn außer dieser Heilung im klinischen Sinne von einer „sozialen Heilung" gesprochen wird, worunter man dann die Wiedererlangung einer dauernden Erwerbsfähigkeit beim Fortbestehen der Krankheit selbst verstehen soll. Es ist deshalb zweckmäßig, das Wort „soziale Heilung" wieder aus dem Sprachschatz verschwinden zu lassen und sich mit dem Ausdruck „voraussichtlich dauernder Erwerbsfähigkeit" zu begnügen.

wirkliche Heilungen oder auf dauernde Besserungen bis zu einem Grade, daß noch im 5. Jahre nach der Heilstättenkur keine Invalidisierung eingetreten war, beziehen. Absolute Heilungen waren nach den Ermittlungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes nur bei 3,4 Proz. der Heilstättenpfleglinge zu konstatieren. Daß diese geringe Zahl auf den Gang der Tuberkulose als Volkskrankheit irgend welchen Einfluß gehabt haben könne, wird niemand behaupten wollen. Aber auch die Zahl derer, die so gebessert wurden, daß sie noch 5 Jahre nach der Kur nicht invalidisiert zu werden brauchten, beträgt durchschnittlich nur 31 Proz. Die Erzielung dieses Prozentsatzes ist nicht so besonders rühmenswert, wenn man bedenkt, daß die für die Heilstättenbehandlung ausgesuchten Fälle doch nur solche im Anfangsstadium waren. Daß diese auch ohne Lungenheilstättenbehandlung noch jahrelang arbeitsfähig sind, pflegt unter den Ärzten, die mit den besser gestellten Arbeiterkategorien beruflich zu tun haben, seit langem bekannt zu sein. Es ist unbegreiflich, wie man sich dieser Zahlen jemals hat freuen können. Sie sind doch eher niederschmetternd und haben für die Ausbreitung der Tuberkulose als Volkskrankheit wenig zu bedeuten. Zählen doch nach Köhler[1]) die Tuberkulösen, deren Leiden so vorgeschritten ist, daß sie Krankenhausbehandlung erfordern, im Deutschen Reiche mindestens 225 000. Die Sterblichkeit allein an Tuberkulose betrug 2,25 ‰ bei einer Gesamtsterblichkeit von 21,8 ‰ in den Jahren 1894—1897. Wie skeptisch R. Koch über die hygienische Wirksamkeit der Lungenheilstätten für im Frühstadium befindliche Patienten denkt, geht aus folgenden Worten, die der nämlichen Stelle wie die oben zitierten entnommen sind, hervor. „Die Heilstätten wurden gegründet in der Erwartung, daß in ihnen ein großer, vielleicht der größte Teil der Schwindsüchtigen geheilt werden könne. Wenn diese Voraussetzung richtig wäre, dann würden die Heilstätten entschieden eine der besten Waffen im Kampfe gegen die Tuberkulose sein. Aber über die Erfolge der Heilstätten ist viel hin- und hergestritten. Von der einen Seite wurde behauptet, daß sie bis zu 70 Proz. Heilerfolge hätten, von der anderen Seite wurde ihnen jeder Erfolg abgestritten. Nun muß zugegeben werden, daß die 70 Proz. Erfolge sich nicht auf eigentliche Heilungen, sondern nur auf die Wiedergewinnung

---

[1]) Die Verbreitung der Lungenschwindsucht und der entzündlichen Erkrankungen der Atmungsorgane in den europäischen Staaten. Hrsg. vom Kaiserl. Gesundheitsamt. Berlin 1899.

der Erwerbsfähigkeit beziehen. Vom Standpunkte der Prophylaxis ist das aber kein Gewinn, da ein Kranker, welcher nicht vollkommen geheilt, sondern nur so weit gebessert ist, daß er für einige Zeit wieder erwerbsfähig wird, später in den Zustand der offenen Tuberkulose gerät und allen Folgen derselben, wie sie früher geschildert wurden, anheimfällt."

Die Anschauungen, die hier von kompetenter bakteriologischer Seite geäußert werden, sind von klinischer Seite schon früher nachdrücklich vertreten, aber nicht genug beachtet worden. In einer ruhigen, die Vorzüge und Lücken der vorbeugenden Heilstättenbehandlung vorsichtig gegeneinander abwägenden Schrift kam B. v. Fetzer[1]) schon im Jahre 1900 zu dem Schlußurteil, daß „die Heilstätten für Lungenkranke, auch wenn sie in großem Maßstabe eingeführt werden, zur Verminderung der Infektionsgefahr der Tuberkulose für die Gesamtheit des Volkes nichts oder doch nur in sehr geringem Maße beizutragen vermögen, ferner, daß selbst bei günstigen Erfolgen der Heilstättenbehandlung ein erheblicher nationalökonomischer Gewinn nicht zu erwarten steht, während durch die Schaffung von Volksheilstätten in einigermaßen zureichender Menge dem Volksvermögen sehr beträchtliche Opfer zugemutet werden und endlich, daß der — a priori nicht zu leugnende — erzieherische Wert der Heilstättenbehandlung voraussichtlich kein sehr großer sein wird, demnach die Heilstättenbehandlung, so hoch die humanitäre Bedeutung für die Erkrankten selbst anzuschlagen ist, für das soziale Erwerbsleben und das hygienische Wohl des Volkes doch nur von beschränkter Bedeutung bleiben wird." Aus neuerer Zeit möge hier noch die Stimme eines so erfahrenen Klinikers wie L. Brauer[2]) Platz finden, der über den Wert der Heilstättenbehandlung urteilt: „Die Heilstätte ist und bleibt eine humane Einrichtung; sie schafft einem Teile ihrer Pfleglinge Nutzen, sie verzögert damit für die Versicherungen die Auszahlnng einiger Renten und erhält dem Staate Arbeitskräfte. Die Heilstätte ist auch, ebenso wie viele andere Anstalten, befähigt, im Nebenamte sozialen Anforderungen allgemeiner Art, z. B. der Belehrung, zu dienen. Den wichtigsten Aufgaben der Antituberkulosebewegung aber dient die Heilanstalt nicht. Für die Bekämpfung der Tuber-

---

[1]) a. a. O. S. 68.

[2]) Der Einfluß der Krankenversorgung auf die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1905, S. 97.

kulose als Volkskrankheit — für die Verhütung stets wiederkehrender neuer Erkrankungen — kommt dieselbe kaum in Betracht." Er empfiehlt dann auf das wärmste, möglichst viele fortgeschrittene Fälle der Anstaltsbehandlung zuzuführen und in kleinen einfachen Heimstätten zu asylisieren. „Es wäre sehr förderlich, wenn man diejenigen Kranken, welche aus dem Hause oder geschlossenen Fabrikräumen entfernt werden sollen, mit ihrem Einverständnisse schon vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit invalidisieren dürfte und wenn alsdann die Versicherungsanstalt als Äquivalent für diese vorzeitige Zuwendung von den Kranken die Übersiedelung in eine Heimstätte, resp. den Übergang in einen Beruf verlangen würde, in welchem sie die Gesunden nicht gefährden. Aus einem so gestalteten Vorgehen würde weiten Schichten der handarbeitenden ärmeren Bevölkerung ein tatsächlicher und beträchtlicher Tuberkuloseschutz erwachsen." Die ärztliche Leitung derartiger Heimstätten sollte nach Brauer dem Arzte des Ortes übertragen werden; es fällt dieses mit der Absicht zusammen, die einzelnen Heimstätten möglichst klein zu erbauen und lieber eine große Zahl derselben auf die Gemeinden zu verteilen. Es entsteht hierdurch für den Kranken der Vorteil, daß er mit seinem Beruf in Konnex bleiben kann. Die finanzielle Fundierung der Heimstätten ist, wie dieses in einzelnen Versuchen schon zur praktischen Tat wurde, durch Gewährung billiger Kapitalien seitens des Staates, der Versicherungsanstalten und Wohlfahrtsgesellschaften zu erleichtern. Aus den Einzahlungen der Pfleglinge würde für die Gemeinden eine geringe Verzinsung des angelegten Kapitals resultieren, wenn die Versicherungsanstalten in wachsender Zahl von dem ihnen zustehenden Rechte Gebrauch machten, ihren Rentenempfängern die Zuschüsse so lange zu erhöhen, als dieselben in den Heilstätten verbleiben.

Die wichtigste Infektionsquelle ist eben der Tuberkulöse im vorgeschrittenen Stadium. Die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit muß hier ihren Hebel einsetzen. Das ist um so wichtiger geworden, seitdem die Untersuchungen R. Kochs und seiner Schüler wahrscheinlich gemacht haben, daß der Rindertuberkulose — was übrigens die Ergebnisse der Medizinalstatistik von vornherein wahrscheinlich machten — keine bedeutendere Rolle bei der Entstehung der menschlichen Tuberkulose zuzuweisen ist.[1])

---

[1]) Sehr lehrreich und in diesem Zusammenhange mitteilenswert sind die Beobachtungen und Maßnahmen, die der dänische Tierarzt B. Bang bei der von

Unter den Forschern, die sich mit der Ätiologie der Tuberkulose beschäftigen, ist der Streit, ob die Infektion oder die Veranlagung der wichtigste Faktor in der Entstehung der Lungenschwindsucht ist, noch nicht zum Austrag gekommen. Aber mit einer möglichst ausgebreiteten Detention der Tuberkulösen in Heimstätten können sowohl die Kontagionisten (R. Koch, Flügge, Cornet u. a.) wie die Dispositionisten (Hueppe, Gottstein, Riffel u. a.) zufrieden sein. Denn durch das Herausziehen der Tuberkulösen aus der übrigen Bevölkerung werden doch ohne Zweifel die Infektionsquellen bedeutend vermindert und zugleich wird, da die Insassen der Heimstätten zölibatär leben, auch die Weitergabe der konstitutionellen Minderwertigkeit im Wege des Erbganges vermieden. Treffen doch die meisten Todesfälle an Lungentuberkulose auf das Alter von 20—30 Jahren, nämlich im Deutschen Reiche allein 87 000 im Durchschnitt der Jahre 1894 bis 1897, das sind 2,95 auf 1000 Lebende dieser Altersperiode und von 1000 Arbeitern, die im Alter von 20—30 Jahren invalide im Sinne des Invalidengesetzes geworden sind, sind mehr als die Hälfte infolge Lungentuberkulose invalide. Das Jahrzehnt von

---

ihm organisierten Bekämpfung der Tuberkulose der Rinder mittels Aussonderung gemacht hat (Tuberculosis, 1904, Nr. 5). Er hatte beobachtet, daß die Verbreitung der Tuberkulose beständeweise vor sich ging, daß Bestände tuberkulosefreier Tiere, die durch eigene Zucht ergänzt wurden, erst durchseucht wurden, wenn fremde Tiere, die so unerheblich krank waren, daß ihre Tuberkulose klinisch nicht zu erkennen war, den Beständen zugesellt wurden. Von 10 344 Beständen, die Bang bis zum Januar 1904 mit Hilfe der Tuberkulinprobe untersuchte, erwiesen sich 2664, also mehr als der vierte Teil, als gesund. Er schloß aus seinen Beobachtungen, daß „1. Viehbestände, welche bislang gesund gewesen waren, in Zukunft tuberkulosefrei gehalten werden könnten, wenn man genau darüber wache, daß keine Ansteckung eingeschleppt würde und 2. es möglich sein müßte, allmählich einen tuberkulösen Bestand zu einem gesunden umzubilden, wenn man gleich nach der Geburt die nüchternen Kälber von den infizierten Müttern aus den infizierten Ställen wegnehmen würde und sie in einen seuchenfreien Raum bringen ließe und ihnen tuberkelfreie Milch geben würde“. Er empfahl daher, jeden Bestand durch die Tuberkulinprobe untersuchen zu lassen und die reagierenden Tiere von den nicht reagierenden abzusondern. Es genügte dazu häufig eine Teilung des gemeinschaftlichen Stalles durch eine dichtschließende Bretterwand. Das Personal darf nicht für beide Abteilungen das nämliche sein und im Sommer müssen die Tiere auf getrennten Weiden grasen. In der gesunden Abteilung muß jedes Tier halbjährlich der Tuberkulinprobe unterworfen werden, damit man sicher ist, daß die Tiere auch wirklich gesund sind und die Seuche sich nicht einschleicht. Mit staatlicher Unterstützung ist das Bangsche System in großem Umfange in Dänemark angewandt worden.

20—30 ist aber dasjenige, in dem die meisten Kinder der unteren Volksschichten erzeugt werden.

Während zurzeit in Deutschland etwa 80 Volksheilstätten mit ungefähr 7500 Betten, außerdem 31 Privatanstalten mit 2028 Betten und 13 Anstalten für tuberkulöse Kinder mit 500 Betten zur Verfügung stehen, sind erst vereinzelte Asyle geschaffen worden, die für Patienten bestimmt sind, bei denen eine Heilung ausgeschlossen erscheint. Aber gerade diese Versuche sind höchst beachtenswert, da sie den Anfang einer rationellen Bekämpfung der schrecklichen Volkskrankheit durch das Anstaltswesen darstellen; sie werden im folgenden, den Kosten der Anstalten für Lungenkranke gewidmeten Abschnitte des näheren besprochen werden. Hängt ja doch gerade von der Lösung der Kostenfrage die Möglichkeit ab, die Heimstätten für Tuberkulöse in einem Maße zu verallgemeinern, daß daraus ein wesentlicher sozialhygienischer Vorteil auch für den gesunden Teil der Bevölkerung resultiert.

II.

Da die Lugentuberkulose so überaus häufig ist, wird die wünschenswerte Verallgemeinerung der Anstalten für Lungenkranke natürlich große Kosten verursachen. Um so wichtiger ist es, hier zu verlangen, daß die Erreichung des Zweckes unter Aufwendung der geringsten Mittel geschehe. Auf keinen Fall darf das Grundgesetz jeder sozialhygienischen Maßnahme vernachlässigt werden: man suche den billigsten, aber gerade noch den vorgesetzten Zweck erreichenden Typus und verallgemeinere ihn, ohne seine Extensität durch Verfeinerung der einzelnen Einrichtungen zu beeinträchtigen. Leider ist dieses wichtige Gesetz von der Ausbildung und dem Festhalten des billigsten Typus und von der Bevorzugung der Extensität vor der Intensität in der Lungenheilstättenbewegung unserer Tage gröblich vernachlässigt worden. Es ist gewiß kein Zufall, daß die Bewegung zur Errichtung von Lungenheilstätten gerade zu einer Zeit abflaute, in der einige Landesversicherungsanstalten so luxuriöse und in Bau und Betrieb so teure Anstalten gründeten, daß mit bescheideneren Mitteln arbeitende Faktoren kleinmütig gemacht und vom Bau einfacher Anstalten abgeschreckt

Tabelle über die Kosten der von den Landesversicherungsanstalten in eigener Regie errichteten und betriebenen Lungenheilstätten.

	Eröffnungsjahr	Zahl der Betten	Grunderwerb insgesamt	Baukosten insgesamt	Baukosten pro Bett	Inventar insgesamt	Inventar pro Bett	Baukosten und Inventar insgesamt	Baukosten und Inventar pro Bett	Kur- und Verpflegungskosten pro Verpflegungstag	Naturalverpflegungskosten pro Verpflegungstag
Stiege, Albrechtshaus, Lungenheilstätte der L.-A. Braunschweig f. männl. Lungenkranke	1897	86	—	161 525	1 878	30 465	354	191 990	**2 232**	3,21	1,93
Schwarzenbach b. Clausthal, Lungenheilst. d. L.-A. Hannover f. männl. Lungenkranke	1899	70	11 030	155 200	2 217	38 800	554	194 000	**2 771**	3,05	1,40
Königsberg b. Goslar, Lungenheilstätte d. L.-A. Hannover f. männl. Lungenkranke . .	1895	70	13 500	189 000	2 700	42 000	600	231 000	**3 300**	3,12	1,37
Erbprinzentanne b. Zellerfeld, Lungenheilstätte d. L.-A. Hannover f. weibl. Kranke .	1902	57	42 900	159 500	2 798	45 400	797	204 900	**3 595**	2,88	1,41
Glückauf b. Blankenburg, Lungenheilstätte d. L.-A. d. Hansastädte f. weibl. Kranke . .	1900	100	10 000	544 000	5 440	55 676	557	599 676	**5 997**	4,64	1,57
Obornik b. Posen, Lungenheilstätte d. L.-A. Posen f. männl. Kranke	1903	100	38 000	560 000	5 600	66 000	660	626 000	**6 260**	—	—
Die Knappschaftsheilstätte Sülzheyn b. Ellrich a. Harz f. männl. Patienten	1898	130	29 000	822 000	6 323	64 000	492	886 000	**6 815**	—	—
Die Knappschaftsheilstätte in Beringhausen f. männl. Kranke	1904	130	104 000	840 000	6 461	105 000	808	945 000	**7 269**	—	—
Oderberg, Lungenheilstätte der L.-A. der Hansestädte f. männl. Kranke	1897	114	40 000	754 000	6 614	91 000	798	845 000	**7 412**	5,33	2,00
Friedrichsheim b. Marzell, Lungenheilst. d. L.-A. Baden f. männl. Kranke	1899	170	27 000	1 294 000	7 612	125 000	735	1 429 000	**8 347**	4,92	2,37
Sandbach, Lungenheilstätte d. L.-A. d. Grh. Hessen f. männl. Kranke	1901	110	30 000	1 108 000	10 073	162 000	1473	1 270 000	**11 546**	5,12	1,75
Beelitz (Mark), Lungenheilst. d. L.-A. Berlin	1902	300	—	4 190 000	14 000	—	—	—	—	4,31	1,32

Tabelle über die Kosten einiger von Wohlfahrtsvereinen errichteten und betriebenen Lungenheilstätten.

	Jahr der Eröffnung	Zahl der Betten	Grunderwerb insgesamt	Baukosten insgesamt	Baukosten pro Bett	Inventar insgesamt	Inventar pro Bett	Baukosten und Inventar insgesamt	Baukosten und Inventar pro Bett
Sächsische Volksheilstätte Albertsberg für männliche Patienten	1897	121	600	370 000	3058	40 000	330	410 000	**3388**
Augusta Viktoria-Stift in Lippspringe für männliche Lungenkranke	1901	119	—	385 000	3235	56 000	470	441 000	**3705**
Grabowsee, Volksheilstätte v. Roten Kreuz für männliche Kranke	1896	189	11 000	740 000	3915	75 000	397	815 000	**4312**
Oberkaufungen bei Kassel, Volksheilstätte des Roten Kreuzes	1900	112	4 000	523 000	4669	47 000	419	570 000	**5088**
Vogelsang (b. Magdeburg), Heilstätte des Vaterländ. Frauenvereins der Prov. Sachsen f. weibl. Lungenkranke	1899	164	14 000	687 000	4189	192 000	1171	879 000	**5360**
Die Frankfurter Heilstätte Ruppertshain im Taunus. f. weibl. Lungenkranke	1885	138	51 000	656 000	4754	95 000	688	751 000	**5442**
Luise Gueury-Stiftung in München-Gladbach f. weibl. Lungenkranke	1904	83	40 000	439 000	5288	40 000	482	470 000	**5770**
Lungenheilstätte Holsterhausen b. Werden a. d. Ruhr f. männl. Lungenkranke	1902	112	215 000	630 000	5625	70 000	625	700 000	**6250**
Heilstätte Moltkefels in Nieder-Schreiberhau im Riesengebirge f. männl. Lungenkranke	1904	100	69 000	700 000	7000	103 000	1030	803 000	**8030**

worden sind. Höchste technische Vollkommenheit, die den Kranken gewiß jeder gönnt, die aber doch nicht unbedingt zur Erreichung des Zweckes erforderlich ist, kann infolge der damit verbundenen Verteuerung geradezu zum Hindernisgrund der Verallgemeinerung der Anstalten für Lungenkranke werden. In den 8 Jahren von 1898—1905 haben die Landesversicherungsanstalten nicht weniger als 33 Millionen für den Bau von Heilstätten und 35 Millionen für ihren Betrieb ausgegeben.

In den vorstehenden Tabellen sind nach den vom Zentralkomitee zur Errichtung von Lungenheilstätten herausgegebenen Berichten die Kosten einer Anzahl von Lungenheilstätten zusammengestellt worden. In der ersten Tabelle sind die Anstalten verzeichnet, die von den Landesversicherungsanstalten in eigener Regie verwaltet werden; ihnen sind zwei Knappschaftsheilstätten zugefügt worden. In der zweiten Tabelle sind die Angaben über einige Anstalten zusammengestellt, die von Wohlfahrtsvereinen gegründet worden sind, die aber deshalb der Beziehungen zu den Landesversicherungsanstalten nicht entbehren, weil letztere eine große Zahl von Patienten dahin abzugeben pflegen. Will man die einzelnen Anstalten bezüglich ihrer Kostspieligkeit miteinander vergleichen, so empfiehlt es sich, die Kosten für den Grunderwerb außer Betracht zu lassen, weil einige Anstalten den Baugrund unentgeltlich erhielten, andere eine geringe jährliche Pacht dafür entrichten und noch andere ihn teuer bezahlen mußten. Zum Vergleich eignet sich wohl am besten die Summe, die zusammen für Baukosten und Inventar gezahlt worden ist, dividiert durch die Anzahl der Betten. In unseren Tabellen ist diese Zahl in der neunten Kolumne aufgeführt. Ein Blick auf letztere zeigt uns, daß der Aufwand pro Bett bei den einzelnen Anstalten in einer Weise differenziert, wie er wohl kaum allein durch die sachlichen Anforderungen zu rechtfertigen ist. Man sieht deutlich, wie sich insbesondere die Landesversicherungsanstalten von Jahr zu Jahr im Aufwande überboten haben.

Um eine Vorstellung von den speziellen Kosten der Anstaltsbehandlung der Lungenkranken, die auf Kosten der Landesversicherungsanstalt eine vorbeugende Heilbehandlung genießen, zu bekommen, seien diese hier von den hanseatischen Anstalten wiedergegeben.

Die Heilstätte Glückauf für weibliche Lungenkranke zählte nach dem Jahresbericht der hanseatischen Versicherungsanstalt im Jahre 1905 bei 100 Betten 25 784 Verpflegungstage. Die Kosten verteilten sich folgendermaßen:

	im ganzen		auf das Bett
	Mk.	Pfg.	Mk.
a) Persönliche Kosten (Gehälter, Löhne und sonstige Ausgaben)	13 921	60	139
b) Kosten der Beköstigung	36 872	98	369
c) Bedürfnisse für Reinigung der Wäsche, der Möbel, der Zimmer etc.	597	85	60
d) Instandhaltung und Ergänzung der Bekleidungsstücke	4 862	91	49
e) Kosten der Hin- und Rückreise	10 657	—	107
f) Arzneien, Verbandstoffe, an Instrumenten . .	1 922	24	20
g) Heizungs- und Beleuchtungsbedürfnisse einschließlich Kosten der Reinigung und Unterhaltung der dafür bestehenden Einrichtungen und Anlagen	13 234	17	132
h) Unterhaltung der Gebäude, Einfriedigungen, Gartenanlagen, Wege, Wasserleitungsanlagen und aller maschinellen Einrichtungen . . .	8 495	12	85
i) Kosten der Feuerversicherung für Gebäude und Inventar	324	15	
k) Unterhaltung des Inventars und Ergänzung desselben	2 020	83	20
l) Für die zur geselligen und belehrenden Unterhaltung etc. der Pfleglinge angeschafften Bücher, Noten, Gesellschaftsspiele, Lehrmittel und Schreibutensilien, ferner für Ausflüge der Kranken und die Kosten der Weihnachtsfeier	498	33	5
m) Bureaubedürfnisse, Postgebühren, Fernsprechanschluß und sonstige verwandte Ausgaben .	438	96	4
n) 3 Proz. Verzinsung des Anlagekapitals und 1 Proz. des Bauwertes	23 042	—	230
o) Nicht vorgesehene Ausgaben	376	40	—
p) Aufwendungen für die Gartenwirtschaft . .	4	65	4
	117 269	19	

Hiernach würde auf den Verpflegungstag ein Durchschnittsaufwand von ungefähr 4,54 Mk. entfallen.

Die Heilstätte Oderberg für männliche Lungenkranke der nämlichen Versicherungsanstalt erforderte im Jahre 1905 bei 35 954 Verpflegungstagen und 114 Betten:

	Mk.	Pfg.
a) Persönl. Kosten (Gehälter, Löhne und sonstige Ausgaben)	31 049	99
b) Kosten der Beköstigung	78 695	86
c) Bedürfnisse für Reinigung der Wäsche, der Möbel, der Zimmer etc.	1 430	45
Übertrag:	111 176	30

	Mk.	Pfg.
Übertrag:	111 176	30
d) Instandhaltung und Ergänzung der Bekleidungsstücke, des Schuhwerks und der Leibwäsche der Pfleglinge, einschließlich der Vervollständigung der Kleidung vor Antritt der Reise	5 309	49
e) Kosten der Hin- und Rückreise	15 374	95
f) Arzneien, Verbandstoffe, Spuckfläschchen, sowie Bedürfnisse an Instrumenten und wissenschaftlichen Werken des Arztes	1 662	56
g) Heizungs- und Beleuchtungsbedürfnisse einschließlich der Kosten der Reinigung der dafür bestehenden Einrichtungen und Anlagen	24 737	20
h) Unterhaltung der Gebäude, Einfriedigungen, Gartenanlagen, Wege, Wasserleitungsanlagen und aller maschinellen Einrichtungen	9 974	84
i) Kosten der Feuerversicherung für Gebäude und Inventar	520	80
k) Unterhaltung des Inventars und Ergänzung desselben	4 369	67
l) Für die zur geselligen und belehrenden Unterhaltung etc. der Pfleglinge angeschafften Bücher, Noten etc. . . .	723	19
m) Bureaubedürfnisse, verwandte Ausgaben	1 124	88
n) 3 Proz. Verzinsung des Anlagekapitals und 1 Proz. des Bauwertes	32 168	75
o) Nicht vorgesehene Ausgaben	174	26
p) Kosten der Viehhaltung, Landwirtschaft und des Fuhrwerks	23 595	39
	230 912	28

Hiernach würde auf den Verpflegungstag ein durchschnittlicher Aufwand von ungefähr 6,42 Mk. kommen.

Daß man auch billiger wirtschaften kann, zeigt der Rechnungsabschluß der Nürnberger Heilstätte Engelthal für 1903. Es wurden hier verausgabt:

	Mk.	Pfg.
Auf den Bestand der Vorjahre	92	88
Auf Haus und Garten	3 047	79
Auf die Verwaltung:		
Besoldungen und Remunerationen	11 838	55
Für Versicherung des Personals	202	36
Sachliche Ausgaben	1 048	63
Auf den Zweck der Anstalt:		
Verköstigung	37 000	95
Heilpflege	1 473	—
Auf Wäsche	199	87
Auf Beheizung	3 896	77
Auf Beleuchtung	1 087	38
Übertrag:	59 888	18

	Mk.	Pfg.
Übertrag:	59 888	18
Auf Reinigung und Wäscherei	825	69
Auf Gerätschaften	1 296	62
Sonstiges für die Hauswirtschaft	84	75
Unterhalt eines Fuhrwerks (2 Pferde)	1 676	96
Mobiliar-Feuerversicherung	133	80
Akkumulatorenversicherung	265	—
Rückzuersetzende Barauslagen	3 544	05
Sonstige Ausgaben (Christbescherung etc.)	584	27
Abschreibungen für den Erneuerungsfonds	1 500	—
Summa der Ausgaben:	69 799	32

Da 22046 Pflegetage gezählt wurden, entfällt auf jeden ein durchschnittlicher Aufwand von 3,17 Mk. Auf das zur Verpflegung verwandte Rohmaterial kam 1,32 Mk. pro Kopf und Tag der Kranken und des Personals.

In einigen außerdeutschen Ländern hat man die Volksheilstätten für Lungenkranke erheblich billiger hergestellt als in Deutschland. So hat Schmid[1]) auf der oben erwähnten Konferenz erklärt, daß guteingerichtete Volksheilstätten in der Größe von 80—120 Betten wohl zu 4500—5500 Fr. ohne Terrain hergestellt werden könnten. Er gibt über die Schweizerischen Lungenheilstätten folgende Tabelle:

	Zahl der Betten	Baukosten pro Bett Fr.	Kosten für Inventar pro Bett Fr.	Verpflegungskosten auf den Tag i. Jahre 1905 Fr.
Leysin	120	3727	449	3,12
Heiligenschwendi . . .	141	4191	497	2,20
Wald	100	4880	700	2,96
Basler	90	5433	1111	4,15
Clairmont	60	5394	909	
Braunwald	33	5506	576	

Auch die vier Nationalvereinssanatorien in Dänemark mit zusammen 350 Betten haben ohne Terrain durchschnittlich nur 3500 Mk. pro Bett gekostet und erheischen an Verpflegungskosten nur 2,45 Mk. täglich.

[1]) Tuberculosis, VI, Nr. 1, 1907.

Außerordentlich billiger stellt sich die Errichtung von Heimstätten für Lungenkranke, falls man, was durchaus zulässig ist, ältere Baulichkeiten, die zuvor anderen Zwecken gedient haben, benutzt, denn erfahrungsgemäß wird ein Neubau zu Anstaltszwecken stets üppiger und damit auch teurer ausfallen, als es zur Erreichung seines Zweckes dringend erforderlich ist. So kostete die eigens erbaute Berliner städtische Heimstätte für Lungenkranke in Buch pro Bett 10000 Mk., während die auf den Rieselgütern Malchow, Blankenburg und Blankenfelde belegenen Anstalten, die alte Herrschaftshäuser benutzten, sich nicht nur bei der Gründung sondern auch bei der Einrichtung und beim Betriebe wesentlich billiger stellten.

Auf der Internationalen Tuberkulosekonferenz im Haag im September 1906 sprach sich Pannwitz in einem Referat über die Pflegekosten der Deutschen Lungenheilstätten dahin aus, daß diese im Durchschnitt 3—4 Mk. betrügen und die Rohmaterialien zur Nahrung nicht billiger als für 1,50—1,60 Mk. täglich zu beschaffen seien. Wenn dieses in der Tat der Fall wäre, so würde damit eine nennenswerte Verallgemeinerung der Anstalten für Lungenkranke geradezu ausgeschlossen sein, denn es würde ja dann das Rohmaterial für die Ernährung eines der arbeitenden Bevölkerung angehörigen Heimstättenpfleglings erheblich teurer sein, als das, was im Familienbetriebe für ein Mitglied einer Familie des wohlhabenden Mittelstandes in Betracht kommt. Der Verwaltungstechnik, die in unseren Lungenheilstätten Platz gegriffen hat, stellen diese Angaben ein bedauerliches Zeugnis der Irrationalität aus. Wenn die Anstalten für Lungenkranke erst ihren luxuriösen Anstrich aufgegeben haben und die an sich dankenswerte Bewegung, die zu ihrer Errichtung führte, erst aus dem Stadium der Überschwenglichkeit in das der Bescheidenheit eingetreten sein wird, dürften die in Betracht kommenden Faktoren von den Erfahrungen, die im übrigen Anstaltswesen gemacht worden sind, wohl noch manches profitieren können und lernen, daß man auch mit der Hälfte der obigen Summe einen Kranken schmackhaft und ausreichend zu ernähren vermag.

Für eine weitgehende Verallgemeinerung ist also der Typus der großen, mit allen technischen Errungenschaften der Neuzeit versehenen Lungenheilstätte, wie ihn besonders unsere Landesversicherungsanstalten ausgebildet haben, zu teuer. Doch braucht man sich gerade darüber deshalb nicht aufzuregen, weil, wie wir gesehen haben, die Verallgemeinerung dieses Typus zur Bekämpfung

der Tuberkulose als Volkskrankheit überhaupt nicht angezeigt erscheint. Die Frage, ob diese Anstalten zu teuer wirtschaften, bleibt deshalb eine interne, deren Beantwortung man den Behörden überlassen kann, die die Kosten und die Verantwortung für diese Anstalten tragen. Übrigens erscheinen die Kosten nicht so hoch, wenn man sie auf den einzelnen Kranken bezieht. Gebhard[1]) berechnet den Durchschnittsaufwand für je einen von der Landesversicherungsanstalt der vorbeugenden Heilbehandlung zugeführten Kranken im Jahre 1903 auf 367,75 Mk. oder, wenn man die Wiederholungskuren mitrechnet, auf 434 Mk. Diese Summe ist nicht so hoch, als daß man sie nicht schon im Interesse des Individuums anzuwenden verpflichtet wäre, da ja es nicht ganz ausgeschlossen ist, daß der Patient vollkommen geheilt wird und die Wahrscheinlichkeit besteht, daß der Patient zu dem Drittel von Lungenkranken gehört, deren Krankheit durch eine Heilstättenkur in einem Grade aufgehalten wird, daß ihre Invalidisierung einige Jahre später erfolgt.

Wer der Ansicht ist, daß durch eine wenige Monate währende Kur in einer Lungenheilstätte ein erheblicher Teil der Tuberkulösen dauernd geheilt werden kann, der wird sich über die großen Kosten, die diese Heilstätten verursachen, nicht aufregen, denn wirkliche und dauernde Heilungen wären eines erheblichen Kostenaufwandes wohl wert. Nachdem sich aber herausgestellt hat, daß diese Heilungen doch nicht zahlreich genug sind, um numerisch ins Gewicht zu fallen oder gar die Behauptung zu rechtfertigen, daß die Heilstätten in der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit von wesentlicher Bedeutung sind, gewinnt die Kostenfrage denn doch ein erhebliches Interesse. Hat sich die Anschauung erst mehr Bahn gebrochen, daß weniger eine allgemeine Hospitalisierung der Leichterkrankten als vielmehr eine weitgehende Asylisierung der Patienten im vorgeschrittenen Stadium anzustreben ist, dann ist es von größter Wichtigkeit hinzuzufügen, daß diese Asyle doch erheblich billiger zu errichten und zu betreiben sind als unsere luxuriösen Heilstätten. Wir müssen uns nur vollständig von dem Gedanken befreien, in diesen Vorbilder für jene Asyle zu sehen, und uns vielmehr nach solchen an anderer Stelle umsehen. Man kann gar nicht energisch genug Widerspruch dagegen einlegen, daß man den kostspieligen Typus unserer Lungenheilstätten auch auf die Invalidenheime für Lungenkranke anwendet,

---

[1]) Der Stand der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland. Verlag des Zentralkomitees, 1905.

wie das in der Tat bereits von den beiden wohlhabendsten Landesversicherungsanstalten Deutschlands geschehen ist.

Die Landesversicherungsanstalt Berlin [1]) hat im Jahre 1901 in Lichtenberg bei Berlin ein Invalidenhaus für 20 Pfleglinge mit einem Kostenaufwande von 71 000 Mk. errichtet. Es war dies der erste Versuch, welcher von einer deutschen Versicherungsanstalt mit der neuen Einrichtung gemacht wurde. Das Haus wurde für 20 Betten eingerichtet. Das Grundstück ist 1700 Quadratruten groß, die eine Hälfte dient den Zwecken des Invalidenhauses, die andere Hälfte findet Verwendung für eine Heilstätte für Geschlechtskranke. Das eigentliche Invalidenhaus ist in einer ehemaligen herrschaftlichen Villa untergebracht, die für diesen Zweck umgebaut wurde. Nach dem Verwaltungsbericht über 1904 (S. 111) betragen die Gesamtkosten (vermutlich einschließlich Verzinsung und Amortisation des Anlagekapitals) 41 319 Mk., das ist pro Bett rund 2066 Mk., also eine unverhältnismäßig hohe Summe. Auch in diesem kleinen Invalidenheime kamen fünf Todesfälle vor, ein Hinweis, daß diese Pflegeheime auf keinen Fall groß sein dürfen, da sie sonst unter allen Umständen allein infolge ihrer Größe und der unvermeidlich vorhandenen Zahl der Todesfälle den Charakter von Sterbehäusern annehmen. Als vorbildlich kann dieser Versuch der Berliner Landesversicherungsanstalt nicht hingestellt werden, da die Kosten pro Bett viel zu hoch sind, als daß diese Art Pflegeheime eine Verallgemeinerung finden könnten.

Auch die hanseatische Versicherungsanstalt hat unter Direktor Gebhard ein Invalidenheim, Groß-Hansdorf bei Hamburg, errichtet. Es wurde ein Grundstück ausgewählt, das die Größe von rund 22,5 ha hat. Davon werden nur etwa 1,5 ha noch als Ackerland benutzt; von dem übrigen Grundstück umfassen etwa 0,75 ha den Obstgarten und 0,25 ha kleine Stücke, die solchen Kranken, welche es wünschen, zur Blumenzucht und Gemüsebau überlassen werden. Das Invalidenheim sollte nach seiner vollständigen Aus-

---

[1]) Die Befugnis der Landesversicherungsanstalten, den Rentenberechtigten statt der Rentenzahlung Heimstättenpflege zu gewähren, stützt sich auf § 25 des Invalidengesetzes, welches bestimmt, daß „auf Grund statutarischer Bestimmung der Versicherungsanstalt der Vorstand einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in einem Invalidenhaus oder in ähnlichen von Dritten unterhaltenen Anstalten auf Kosten der Versicherungsanstalt gewähren kann. Der Aufgenommene ist auf ein Vierteljahr und, wenn er die Erklärung nicht einen Monat vor Ablauf dieses Zeitraumes zurücknimmt, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr an den Verzicht der Rente gebunden.“

gestaltung etwa 200 Kranken Unterkunft gewähren. Es wurde aber lobenswerterweise Abstand davon genommen, ein alle Kranken umfassendes großes Gebäude zu errichten, vielmehr sollten, verteilt auf dem Grundstück und jedes gleichsam für sich gelegen — etwa sechs — Wohnhäuser errichtet werden, je eines für 25—35 Kranke. Die Kosten für den Erwerb des Grundstücks (in der Größe für die beabsichtigte Gesamtanlage) stellten sich auf rund 72 700 Mk., die Aufwendungen für die Bauten und sonstigen Anlagen auf rund 188 600 Mk. und die Kosten der Inventarbeschaffung auf rund 22 700 Mk. Die gesamten bisherigen Anlagen haben mithin einen Aufwand von rund 284 000 Mk. erfordert. Wenn die Anstalt den beabsichtigten Umfang erhalten sollte, so würden noch aufzuwenden sein für jedes der übrigen fünf Wohnhäuser je 75 000—85 000 Mk. und für die innere Ausstattung je 15 000 Mk.; für die Erweiterung der Nebenanlagen (Kläranlagen, Wasserreservoir u. dgl.) 50 000 bis 60 000 Mk. Die Gesamtkosten der ganzen Anlage würden sich dann auf etwa 800 000 Mk. stellen. Auf jedes der 200 Krankenbetten würde demnach ein Kostenaufwand von etwa 4 000 Mk. entfallen. Die Kosten des Betriebes der Anstalt haben sich im Jahre 1904 so gestellt, daß die nach Rückrechnung der Betriebseinnahmen sich ergebenden Gesamtkosten einschließlich der Verzinsung des bis jetzt aufgewandten Anlagekapitals 35 661,57 Mk. ausgemacht haben. Der Pflegetag (insgesamt 8092 Pflegetage wurden 1904 verabreicht) stellte sich demnach auf 4,40 Mk. und unter Weglassung der auf den Pflegetag 1,19 Mk. ausmachenden Kosten der Verzinsung des Anlagekapitals auf 3,21 Mk. Da in dem Invalidenheime nur Personen verpflegt werden, welchen bereits Invalidenrente bewilligt ist, und die Verpflegung in dem Invalidenheime an die Stelle des Rentenbezuges tritt, so steht für die Landesversicherungsanstalt dem Aufwande für den Betrieb des Invalidenheimes die Einnahme (oder eigentlich Minderausgabe) gegenüber, welche durch den Wegfall des Bezuges der Invalidenrenten entsteht. Der Gesamtbetrag dafür belief sich 1904 auf 3805,33 Mk. Für die Landesversicherungsanstalt stellte sich die Sache also so, daß im Jahre 1904 einer Minderausgabe an Renten von 3805,33 Mk. eine Ausgabe für den Betrieb des Invalidenheimes in Höhe von 35661,57 Mk. gegenüberstand. Trotz dieses enormen Aufwandes von Mitteln ist es dem Invalidenheim nicht gelungen, genügend Rentenempfänger zum Eintritt zu veranlassen. Der neueste Verwaltungsbericht muß erklären, daß „das ganze Jahr 1905 hindurch durchschnittlich nur etwa $^2/_3$ der vorhandenen 31 Plätze besetzt waren.

Die einsame Lage der Anstalt, die für die Pfleglinge im Interesse der Disziplin und der Abschließung erlassenen Bewegungsbeschränkungen und nicht zum wenigsten die naturgemäß öfter in der Anstalt eintretenden Todesfälle haben wohl manchen zur Aufnahme geeigneten Rentenempfänger abgeschreckt, das ihm bei Bewilligung der Rente mitgesandte Aufnahmeantrags-Formular zu unterschreiben und einzureichen. Auch von den im Berichtsjahre zur Aufnahme gelangten Pfleglingen hat eine Anzahl nach mehr oder minder kurzem Aufenthalt in der Anstalt das Verhältnis wieder gelöst, so daß das Invalidenheim nur mit einem Bestande von 18 Pfleglingen in das neue Geschäftsjahr eingetreten ist." Danach dürfte der Versicherungsanstalt wohl die Lust benommen worden sein, das Invalidenheim für 200 Betten auszubauen. Verständlich wird das Verhalten der Rentenempfänger, wenn man aus dem nämlichen Bericht entnimmt, daß trotz der geringen Belegzahl nicht weniger als 14 Patienten starben. Man sieht, auch der größte Anstaltsluxus kann den Charakter des Sterbehauses nicht wieder gutmachen, wenn man nur Fälle aufnimmt, die so weit vorgeschritten sind, daß das Ende nahe ist. Das Experiment, das die hanseatische Versicherungsanstalt mit dem Invalidenheim Groß-Hansdorf gemacht hat, muß trotz der aufgewandten Mittel als gescheitert angesehen werden.

Wie wir gesehen haben, sind gerade die Landesversicherungsanstalten mit der Unterbringung von vorgeschrittenen Tuberkulösen in eigens dazu gebauten Asylen bisher nicht besonders glücklich gewesen. Die Asyle, die von ihnen gegründet worden sind, sind zu üppig und zu teuer und außerdem so groß, daß in ihnen zu viel Insassen sterben, zumal wenn sie ausschließlich mit weit vorgeschrittenen Patienten belegt werden. Es ist eine Frage der Zeit, ob die Landesversicherungsanstalten dieser Schwierigkeiten Herr werden. Sollte dieses nicht der Fall sein, so würde es sich empfehlen, wenn sie dem Beispiel der Landesversicherungsanstalt für das Königreich Sachsen folgen und sich darauf beschränken würden, Darlehen zu einem billigen Zinsfuß zur Errichtung von Asylen für Tuberkulöse zu gewähren. Einen anderen Weg hat die Landesversicherungsanstalt Westfalen eingeschlagen, indem sie sich an sämtliche Stadt- und Kreisbehörden mit der Anfrage wandte, welche Krankenhäuser fähig und bereit wären, Rentenberechtigte aufzunehmen. Mit der Unterbringung von Rentenempfängern wurde 1901 in dieser Weise begonnen. Betragen die Kosten mehr als 1 Mk. täglich, so wird von den Angehörigen, den Armenverbänden

oder den Gemeinden ein Zuschuß erhoben. Von der Landesversicherungsanstalt Westfalen wurden im Jahre 1902 nicht weniger als 100000 Mk. für Invalidenhauspflege im Sinne des § 25 IVG. verausgabt.

In ähnlicher Weise ist auch die Versicherungsanstalt Oldenburg vorgegangen, deren Leitung es auch für zweckmäßiger hält, die vorhandenen Krankenhäuser zu benützen, als besondere Invalidenheime in eigener Regie herzustellen.

Diese Versuche einiger gutgeleiteten und wohlhabenden Landesversicherungsanstalten, die im vorgeschrittenen Stadium befindlichen Lungenkranken zu asylisieren, sind höchst anerkennenswert, da sie beweisen, daß diese Anstalten sich der sozialhygienischen Tragweite der Aufgabe, die Ansteckungsquellen durch Aussonderung der vorgeschrittenen Fälle zu vermindern, wohlbewußt sind. Die Kritik muß aber einsetzen bei der Art und Weise, in welcher gerade die größten und reichsten Landesversicherungsanstalten sich dieser Aufgabe zu unterziehen begannen. Das Beispiel der obenerwähnten Invalidenheime zu Groß-Hansdorf und Lichtenberg zeigt uns deutlich, das es falsch ist, bei der Asylisierung sich ähnlicher kostspieliger Anstalten zu bedienen, wie unsere Lungenheilanstalten sind.



Wesentlich bescheidener und merkwürdigerweise trotzdem erfolgreicher sind die Asylisierungsversuche ausgefallen, die an einigen Stellen Deutschlands unabhängig von den Landesversicherungsanstalten von privaten Wohlfahrtsvereinen meist unter geistlicher Leitung unternommen worden sind. So ist von der evangelisch kirchlichen Hilfsunion für die Ober-Lausitz bei Ostritz im Regierungsbezirk Liegnitz das Invalidenheim „Bergfrieden“ gegründet worden. Es vermag 25—30 männliche Lungenkranke im vorgeschrittenen Stadium aufzunehmen und zwar zu dem billigen Verpflegungssatze von 1,80 Mk. täglich. Auch P. v. Bodelschwingh hat in Eckhardsheim bei Bielefeld das Pflegeheim „Gute Hoffnung“ eingerichtet, in dem 30 Kranke in einer Art familiären Hausordnung verpflegt werden. Mit diesen Heimen hat man bisher gute Erfahrungen gemacht, obgleich sie doch wesentlich einfacher sind wie die bautechnisch so vollkommene Anstalt zu Groß-Hansdorf. Endlich ist ein Pflegeheim für unheilbare lungenkranke Frauen kürzlich vom Brandenburgischen Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose in Burg-Daber bei Wittstock a. d. Dosse begründet worden. Der Magistrat der Stadt Charlottenburg hat die Stadtärzte angewiesen, fortan nach Burg-Daber solche Frauen zu über-

weisen, bei denen nachgewiesen wird, daß keine Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung mehr besteht, daß ferner die Kranke eine Gefahr für die Umgebung bildet und daß eine ausreichende Isolierung der Kranken in der Wohnung nicht möglich ist. Die Anstalt ist die erste in ganz Deutschland, die unheilbar lungenkranke Frauen aufnimmt. Der Pflegesatz ist auf nur 2,50 Mk. pro Tag festgesetzt worden. Ist die Familie nicht in der Lage, auch diesen geringen Pensionssatz zu zahlen, so übernimmt die Armenverwaltung die Kosten.

Die beste Lösung für die Frage der Organisation von Invalidenheimen scheint aber doch in Norwegen gefunden zu sein, einem Lande, in dem die glückliche Bekämpfung der Lepra auf dem Wege der Asylisierung dazu ermutigte, den nämlichen Weg auch zur Bekämpfung der Tuberkulose einzuschlagen. Die Norwegischen Pflegeheime verdienen in der Tat auch für andere Länder vorbildlich zu werden.

Auf der internationalen Tuberkulosekonferenz in Kopenhagen im Mai 1904 berichtete Oberarzt Dr. Hansen aus Bergen über die Pflegeheime, die in Norwegen für tuberkulöse Kranke eingerichtet sind. Diese fassen nicht mehr wie 20 Betten und werden von den staatlichen oder kommunalen Behörden unterhalten. Das Programm dieser Pflegestätten wird im Protokoll[1]) wie folgt geschildert: „Diese Krankeime sind wesentlich darauf berechnet, die Kranken in der Periode aufzunehmen, wo die Gefahr der Ansteckung am größten und die Fähigkeit der Kranken, dieselbe zu begrenzen am geringsten ist. Doch darf der Zutritt zu diesen Krankenheimen nicht allzu eng begrenzt werden. Auch in früheren Stadien der Krankheit müssen namentlich heimatlose arme Kranke da aufgenommen werden können, anstatt vom Armenwesen in Familien untergebracht zu werden, wo die hygienischen Verhältnisse schon im voraus wenig günstig sind und wo daher die Vermehrung der Mitglieder, und noch dazu um einen Schwindsüchtigen, für die Kranken wie für die Gesunden gleich unheilvoll ist. Die Krankenheime, für die vorgeschrittenen Fälle berechnet, müssen so viel als möglich dem Daheim der Patienten naheliegen. Man darf voraussetzen, daß die Kranken weder imstande sind noch wünschen werden, eine weitere Reise zu machen; anzunehmen ist auch, daß sie, je näher den Ihrigen, desto weniger Unlust haben werden, in einem Krankenhause verpflegt zu werden,

---

[1]) Tuberculosis, 1904, Nr. 8.

wenn dies für dienlich gehalten wird. Man muß es deshalb darauf anlegen, diese Krankenheime so viel als möglich zu verteilen; man muß deren mehrere und kleinere errichten. Bei diesen Anstalten läßt sich dies innerhalb gewisser Grenzen tun, ohne den ökonomischen Rücksichten zu nahe zu treten. Auch bei der Wahl des Ortes sind nicht so viel Rücksichten zu nehmen wie bei den Kuranstalten, und sie werden sich auf eine völlig befriedigende Weise ohne größere Kosten einrichten lassen. Den ärztlichen Beistand kann ein am Orte wohnender Arzt leisten, dessen meiste Zeit von anderer Arbeit in Anspruch genommen sein kann. Überhaupt werden sich diese Pflegeanstalten mit wesentlich geringeren Kosten als die Kuranstalten errichten und betreiben lassen.

Während die zwei Volksheilstätten Norwegens durch Staats- oder andere öffentliche Geldmittel errichtet sind und zum größten Teil mit Zuschuß von der Staatskasse betrieben werden, könnten diese Pflegestätten zu ihrem Bau keinen Beitrag von der Seite des Staates erwarten. Das nötige Geld müßte durch private Gaben und Zuschüsse von den engeren Kommunen (Städte-, Gemeinde- und Amtskassen) herbeigeschafft werden. Dagegen werden die Betriebskosten teilweise von der Staatskasse refundiert, insofern diese, laut unserem Tuberkulosegesetze, $^4/_{10}$ der Verpflegungskosten solcher Kranken bezahlt, die durch Verfügung der Gesundheitskommissionen in die Pflegestätten eingelegt werden. In den letzten Jahren, namentlich nach Emanieren des Tuberkulosegesetzes i. J. 1900, ist eine energische Arbeit für die Errichtung solcher Pflegestätten geleistet worden. Der norwegische Frauensanitätsverein hat durch seine über das ganze Land verstreuten Unterabteilungen für die Sache gearbeitet und Geldmittel gesammelt, sowie die zivilen Behörden, in mehreren Bezirken die Ärzte und andere Interessierten um die Sache vereinigt. Namentlich haben aber die Ärzte selbst die Initiative ergriffen, die nötige Statistik gesammelt, Entwürfe zum Bau der Pflegestätten ausgearbeitet und das Interesse der kommunalen Autoritäten sowie das der übrigen Bevölkerung zu erwecken gesucht. Als ein schönes Beispiel darf ich die Arbeit des Tuberkulosekommitees im Amte M. Drontheim erwähnen, das unter dem Präsidium des Dr. Tillisch gearbeitet hat. Das Komitee hat fünf Pflegestätten für das ganze Amt mit einer Bevölkerung von ca. 80 000 Einwohnern für nötig erachtet. Die Baukosten sind auf ca. 50 000 Kr. berechnet. Davon hat das Komitee ca. 14 000 Kr. gesammelt. Die Amtsversammlung hat einstimmig beschlossen, was noch nötig ist zur Errichtung der fünf

Pflegestätten zu bewilligen. Die erste Pflegestätte ist schon im Betriebe, die nächste wird während des Sommers fertig, die übrigen werden im Laufe der nächsten Jahre gebaut. Nach den Angaben, die ich mit Beihilfe meiner Kollegen in diesen Tagen gesammelt habe, sind jetzt in Norwegen im Betriebe: drei Pflegestätten, sämtlich im letzten halben Jahre eröffnet; fünf werden im Laufe des Jahres gebaut, für 16 ist das nötige Geld schon zum größten Teile gesammelt worden. Die Pflegestätten, für eine oder mehrere Nachbargemeinden bestimmt, werden für 6—20 Kranke gebaut; das Medizinaldirektoriat hat Entwürfe zu Pflegestätten von verschiedener Größe veröffentlicht. Die Baukosten sind auf ca. 1000 Mk. für ein Bett berechnet, die Betriebskosten zu 1 Kr. bis 1,50 Kr. p. d. Die wenigen Pflegestätten, die wir bis jetzt haben, sind noch zu kurze Zeit in Betrieb gewesen, als daß wir uns mit Sicherheit darüber aussprechen könnten, wie sie von den Kranken geliebt und gesucht werden. Die erst errichtete Pflegestätte, nahe Bergen, ist jedenfalls so stark gesucht, daß sie nicht Plätze genug hat, um alle aufzunehmen, die es wünschen, und ich habe selbst Gelegenheit gehabt, zu sehen, wie gut die Kranken dort gedeihen und wie vergnügt sie sind. Ich möchte aber davor warnen, solche Pflegestätten in zu intime Verbindung mit den gewöhnlichen Armenheimen und Arbeiterkolonien zu stellen. Diese sind, jedenfalls bei uns, nicht so sehr von den Armen geliebt, und wenn die Pflegestätten mit ihnen verbunden sind, werden gewiß auch sie nicht sehr beliebt. In dem Umstande, daß das meiste Geld für Errichtung der Pflegestätten von der Bevölkerung selbst herbeigeschafft ist, hat man ein Zeugnis dafür, wie stark sich die Bevölkerung nach solchen Pflegestätten sehnt. Die Erfahrungen von meinem eigenen Heimatorte Bergen haben mich auch gelehrt, daß die Familien, auch die Mütter, gern ihre Kranken in einer guten Pflegestätte sehen. Das Bestreben, ihre übrigen Kinder gegen die verheerende Krankheit zu bewahren, vermag den Wunsch, die Kranken selbst zu pflegen, zu überwinden. Nach dem, was bisher in dieser Richtung im Kampfe gegen die Tuberkulose in unserem Lande geleistet ist, ist es wohl zu hoffen, daß man nach Ablauf dieses Dezenniums Pflegestätten in den meisten Bezirken finden wird.“ Zwei Jahre später vervollständigte Hansen diese Angaben auf der Konferenz im Haag [1]) in folgender Weise: „Einige zwanzig dieser Pflegestätten sind jetzt in Betrieb oder ihrer Vollendung nahe. Sie liegen alle

[1]) Tuberculosis, 1906, Nr. 8.

auf dem Lande und jede ist nur für den Gebrauch der nächsten Umgebung bestimmt. Daher ist die Zahl der Betten niedrig, von 8—15, einige wenige haben doch bis 20 Betten. Diese geringe Bettenanzahl macht eine einfache Administration und Ausstattung möglich. Die Pflegerin ist Administrator, so daß die Anstalt wie ein gewöhnlicher Haushalt betrieben werden kann. Infolgedessen sind auch die Gebäude einfach und billig. Oft sind ältere Wohnhäuser zu diesem Gebrauch angekauft. Wo die Pflegestätten neu aufgebaut sind, belaufen sich die Baukosten inklusive Inventar auf 800—1200 Kr. pro Bett.“ Die Verpflegungskosten betragen durchschnittlich 1,50 Kr. pro Verpflegungstag. Die norwegischen Pflegeheime sind wegen ihrer Billigkeit, Zweckmäßigkeit und Beliebtheit eher geeignet, als Vorbilder für eine weitgehende Asylisierung der Tuberkulösen zu dienen als die wenigen, sehr teueren und wegen ihres kasernenmäßigen Betriebes unbeliebten Anstalten, die unsere Landesversicherungsanstalten bisher errichtet haben.

Die Hoffnung, daß auch in Deutschland trotz einiger Mißerfolge der Landesversicherungsanstalten mit ihren Invalidenheimen für Tuberkulöse in Zukunft die Asylisierung der vorgeschrittenen Fälle in zielbewußter Weise zur Anwendung kommt, basiert vorläufig weniger auf der Tätigkeit des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, das sich der Asylisierung gegenüber immer noch ablehnend verhält, als darauf, daß in einem Rundschreiben des Deutschen Reichskanzlers vom 16. Juli 1904 eine Resolution des Reichsgesundheitsrates vom 24. Juni 1904 den Landesregierungen eindringlich empfohlen wurde, die folgende Vorschläge machte:

„Nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft ist die Tuberkulose eine Infektionskrankheit, die namentlich in ihrer Form als Lungen- und Kehlkopfschwindsucht sich von einem Menschen auf den anderen verbreiten kann. Zur Beseitigung dieser Ansteckungsmöglichkeit ist erforderlich, Schwindsüchtige, namentlich solche im vorgeschrittenen Stadium in Krankenhäusern entsprechend abzusondern. Zu diesem Zwecke wird empfohlen: 1. die *Errichtung von eigenen Krankenhäusern für solche Kranke*; 2. wo *dies nicht angängig ist, die Errichtung von besonderen Abteilungen in den allgemeinen Krankenhäusern, welche baulich getrennt und als „Sanatorien“*[1])

[1]) Vorbildlich für derartige Sanatorien kann das Bremer Luftkurhaus bezeichnet werden, über das *Stoevesandt* in der Tuberculosis (1906, Nr. 2) folgende interessante Angaben machte: „Die Kosten betrugen inkl. Inventar

einzurichten sind; 3. wo auch dies nicht auszuführen ist, die Unterbringung der Kranken in besonderen Räumen der Krankenanstalten. Es sollte die Reichsverwaltung gebeten werden, diese Grundsätze den Landesregierungen zur Annahme warm zu empfehlen. Insbesondere sei ihnen anheimzugeben, in allen Fällen, wo der Bau neuer Krankenhäuser in Frage komme, darauf Bedacht zu nehmen, daß durch entsprechende Auflage der sich bietenden Handhaben (Konzessionsbedingungen, Aufsichts- und Kuratelverfügungen) die Schaffung besonderer und getrennter Einrichtung für Schwindsüchtige sichergestellt werde."

Wenn diese Vorschläge dauernd zur Richtschnur genommen werden und außerdem die Errichtung von zahlreichen kleinen Pflegeheimen für invalide Lungenkranke nach norwegischem Muster in die Wege geleitet wird, darf man hoffen, daß das Anstaltswesen wirksamer in den Dienst der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit gestellt sein wird, als das bisher in Gestalt der Lungenheilstätten geschehen ist.

III.

Wenn im Frühstadium befindliche Lungenkranke einige Zeit in einer Lungenheilstätte geweilt haben, beginnen sie infolge des reichlichen Milchgenusses und der absoluten Ruhe stark an Körpergewicht zuzunehmen. Diese Gewichtszunahme, die häufig 5—8 oder

---

180000 Mk. Das Haus wurde im Februar 1904 zunächst von etwa 30 Phthisikern bezogen; schnell kamen von der chirurgischen Abteilung einige alte Fälle von Knochentuberkulose hinzu, und in wenigen Wochen wurden so viele Phthisiker aus der Stadt dazu gesandt, daß das für 60 bestimmte Haus im April schon etwa 70 aufnehmen mußte. Im Sommer verminderte sich dann naturgemäß die Zahl wieder. Dann fingen wir an, in die oberen Räume auch alte Bronchiektatiker, langsam heilende Empyeme nach Pneumonie, Fälle von Lungenabszeß und auch Neurastheniker und Herzfehler, die der Liegebehandlung in freier Luft bedurften, zu verlegen, während die Parterreräume immer ganz streng für Tuberkulöse reserviert blieben. Diese Fälle heilten bei der neuen Behandlung, die es auch den bettlägrigen Kranken gestattete, den ganzen Tag mit ihren Betten draußen zu sein, zum Teil überraschend gut, besonders fiel uns dies auf bei den Lungenabszessen und Empyemen. Zugleich verlor aber das Haus in den Augen des Publikums schnell den Charakter des Tuberkulosehauses; die ganze Behandlungsart in ihm wurde in jedem Falle so viel wie möglich der Freiluftbehandlung angepaßt, und daher wurde dem Hause auch der Name „Luftkurhaus" gegeben."

noch mehr kg beträgt, schwindet in den meisten Fällen leider wieder, wenn der Patient in die alten Verhältnisse und zur gewohnten Arbeit zurückkehrt. Überhaupt führt der plötzliche Übergang von der vollständigen Untätigkeit in der Heilstätte zur neun- und zehnstündigen Arbeit im gewerblichen Leben mancherlei Schädigungen mit sich, die die definitive Ausheilung oder dauernde Besserung in Frage stellen. Unter den Maßregeln, die getroffen werden, um den Übergang von der Anstalt zum freien bürgerlichen Leben weniger schroff zu gestalten, verdienen am meisten die in den letzten Jahren gemachten Versuche Beachtung, die Lungenkranken entweder schon in der Heilstätte selbst leichte Arbeit verrichten zu lassen oder sie von der Heilstätte in eine besondere landwirtschaftliche Kolonie zu verbringen, in der sie unter ärztlicher Aufsicht sich wieder an die Arbeit gewöhnen können. Diese Versuche sind deshalb auch hier zu erwähnen, weil aus ihnen sich die Möglichkeit erweisen läßt, die Lungenkranken in Anstalten mit produktiver Arbeit zu beschäftigen und sie so zu den Kosten ihrer Asylisierung selbst mit beitragen zu lassen.

Natürlich ist man mit der Heranziehung lungenkranker Individuen zur Arbeit zunächst sehr zaghaft vorgegangen. So stellt Elkan [1] in einem Bericht über die Beschäftigung der Patienten in Gütergotz, der Heilstätte für lungenkranke Männer der Stadt Berlin, die Norm auf, daß die Arbeit der Lungenkranken nicht in geschlossenen Räumen stattfinden, nicht sehr anstrengend und nicht mit Staubentwicklung verbunden sein dürfe. Er verwirft mit Recht Kerbschnitzerei, Flechtarbeiten usw. als Spielerei und empfiehlt ausschließlich Gartenarbeit. Nach seiner Ansicht ist jeder zur Heilbehandlung zugelassene Patient nach zweimonatiger Anstaltsbehandlung fähig, etwas zu arbeiten. Er sagt darüber: „Ich habe die Beobachtung gemacht, daß die Arbeit bisher noch keinem Patienten irgendwie geschadet hat, im Gegenteil, die arbeitenden sind gerade diejenigen, welche regelmäßig, dauernd von Woche zu Woche eine Gewichtszunahme zu verzeichnen haben, bedingt durch den größeren Appetit, welcher sich nach der körperlichen Arbeit einstellt. Gerade dieser günstige Einfluß auf das Wohlbefinden ist es auch, welcher oftmals solche, die nicht sehr für eine Beschäftigung schwärmen, antreibt, sich auch zu melden und Arbeit zu leisten.“ Elkan will allerdings die Freiwilligkeit der Arbeit bestehen lassen und von einer Entlohnung der geleisteten Arbeit absehen. Als Arbeits-

---

[1]) Zeitschrift für Tuberkulose, Bd. 4, H. 5.

zeit sind in Gütergotz vormittags und nachmittags je zwei Stunden bestimmt. Die Arbeit besteht im Reinigen und Abstecken von Wegen, An- und Umpflanzen von Sträuchern und Bäumen, Ansäen von Rasen u. a. m. Einer der Patienten wird zum Vorarbeiter bestimmt.

In Engelthal werden nach Bauer gegen Ende der Verpflegung, meist von der 9. oder 10. Woche ab, geeignete Kranke mit Holzsägen oder Wegearbeiten beschäftigt. Gerade dadurch ist dem Arzte die beste Gelegenheit geboten, die Erwerbsfähigkeit der Kranken praktisch zu erproben und so das im Untersuchungszimmer gewonnene Urteil zu ergänzen.

Über den Wert der Einführung der Arbeit in der Anstalt Albertsberg berichtet Wolff (Heilstätten-Korrespondenz 1898 Nr. 5) folgendes: „Überraschend gut hat sich die Beschäftigung der Kranken mit Arbeit bewährt. Die Hausordnung, die inne zu halten sich die neu eintretenden Kranken verpflichten, bestimmt, daß die Patienten je nach ihrem Beruf und Krankheitszustand, zu leichten Arbeiten für die Anstalt herangezogen werden können, soweit dies vom Arzt vorgeschrieben und gestattet ist, und es ist diesem Satze der Hausordnung nicht nur gern nachgekommen worden, sondern häufig genug ein Übereifer zu hemmen. Das Reinhalten der Wege vom Schnee während des vergangenen Winters, die Herstellung von Waldwegen in der Nähe der Anstalt, die neue Schöpfung von Gartenanlagen, alles dies ist nur von Patienten besorgt worden, und gern haben sie sich dabei, welchem Stande sie auch angehörten, selbst Kranke des Lehrer- und Kaufmannsstandes, den Anordnungen des Inspektors, des Arztes oder eines fachmännischen Leidensgenossen gefügt. Aber auch die Liegehallen im Walde, mancherlei Nützliches und Unnützliches zum Zierrat ist von der Hand der Patienten entstanden. Vor allem sind stets geeignete Kranke, natürlich nur wenige Stunden, mit Holzschlagen beschäftigt gewesen, so daß schon allein hierdurch der Anstalt eine pekuniäre Ersparnis von nicht ganz geringer Bedeutung möglich war. Die Erfolge der Patienten sind nicht im mindesten durch die Beschäftigung beeinträchtigt worden, im Gegenteil — wie sich nicht anders erwarten ließ — bei manchen zur Hypochondrie neigenden oder an mangelhaftem Appetit leidenden Kranken erwies sich die Arbeit geradezu als Hilfsmittel bei der Heilung und die Warnungen einzelner Ärzte haben sich nicht als gerechtfertigt erwiesen.“ In der sächsischen Volksheilstätte für Lungenkranke Albertsberg sind überhaupt mit der Arbeit der Patienten die besten Erfahrungen

gemacht worden. Es werden daselbst nicht nur landwirtschaftliche und gärtnerische Arbeiten regelmäßig verrichtet, sondern es befindet sich dort auch eine Tischlerei und eine Schlosserwerkstatt, in denen alle laufenden Reparaturen ausgeführt werden. Die Anstaltsleitung gesteht zu, daß ihr aus der Beschäftigung der Patienten ein erheblicher ökonomischer Vorteil erwächst. Eine Arbeitsverweigerung ist niemals vorgekommen, da die Patienten über den Nutzen der Arbeit für ihr eigenes körperliches Befinden aufgeklärt werden. Auch die Heilstätten der Berliner Landesversicherungsanstalt zu Beelitz besitzen ein eigenes Werkstättengebäude, in dem sich die Genesenden nach freier Wahl betätigen können.

Wichtiger noch als diese zaghaften Versuche, die Lungenkranken in den Heilstätten zu leichter, oft an Spielerei erinnernde Arbeit anzuhalten, sind die Experimente einiger Landesversicherungsanstalten, Lungenkranke, die schon einen mehrmonatlichen Aufenthalt in einer Heilstätte hinter sich haben, zu produktiver Arbeit in eine landwirtschaftliche Kolonie zu verwenden und sie dort erst an das Arbeiten unter günstigen gesundheitlichen Bedingungen zu gewöhnen, ehe sie zur freien gewerblichen Arbeit zurückkehren. So errichtete die hannoversche Landesversicherungsanstalt die Erholungsstätte Stübeckshorn als ländliche Ackerbaukolonie für Lungenkranke im Jahre 1901. Das gegen einen jährlichen Pachtzins von 2150 Mk. gepachtete Gut umfaßt ein Wirtschaftsareal von 66 ha 22 ar 97 qm oder rund 253 hannoversche Morgen, wovon

55	ha	64	ar	49	qm	auf	Ackerland,
9	„	46	„	60	„	„	Wiesen und
1	„	11	„	88	„	„	Gartenland

entfallen.

Für einen Neubau und den Umbau der alten Gebäude wurden ausgegeben	55 000 Mk.
Das Hausinventar kostete	37 345 „
Das Wirtschaftsinventar kostete	7 357 „
Der Viehbestand (4 Pferde, 8 Kühe, 16 Schweine und Federvieh) kostete	5 828 „
Summe des Anlagekapitals	105 530 Mk.

Die Erholungsstätte bezeichnete in § 6 ihrer Hausordnung ihren Zweck folgendermaßen: „Die Erholungsstätte will von längerer Krankheit genesenen, insbesondere den in der Landesversicherungsanstalt Hannover gewesenen — und sei es auch nur beschränkt — erwerbsfähig wieder hergestellten Versicherten für den zwischen

beendigter Heilbehandlung und Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit liegenden Zeitraum einen gesunden Übergangsaufenthalt bieten, um zu verhüten, daß durch einen schroffen Übergang aus dem Zustande der Genesung zur bisherigen Berufstätigkeit der Heilerfolg in Frage gestellt wird. Zur Erreichung dieses Zweckes hat jeder Pflegling innerhalb der vom Hausarzte bescheinigten Grenze der Arbeitsfähigkeit die Verpflichtung, die ihm vom Vorsteher in der Land- und Hauswirtschaft der Erholungsstätte angewiesenen Arbeiten willig, pünktlich und gut auszuführen. Im Gegensatze zu dem Aufenthalt in dem Genesungshause war hiernach Arbeitszwang Grundsatz und zwar wurde eine Mindestgrenze der Arbeitsfähigkeit in der Dauer von vier Stunden für unerläßlich gehalten. Folgende drei Grade der Arbeitsfähigkeit wurden unterschieden:

1. Grad — geringer — Mindestbeschäftigung von vier Stunden täglich;

2. Grad — mittlerer — Beschäftigung bis zu sechs Stunden täglich,

3. Grad — hoher — Beschäftigung bis zu acht Stunden täglich.

War der Pflegling voll arbeitsfähig wieder hergestellt und hatte er sich in diesem Zustande eine gewisse Zeit hindurch bewährt, so wurde er entlassen. Der Aufenthalt in der Erholungsstätte sollte im allgemeinen die Dauer von zwei Monaten nicht überschreiten. Es fanden in Stübeckshorn Aufnahme 1. tuberkulöse Lungenkranke, die bis dahin in einer Heilstätte waren, keinen Auswurf oder doch keine Bazillen im Auswurf mehr hatten, selbstverständlich nicht mehr fieberten und nicht am Durchfall litten; 2. nicht tuberkulöse Lungenkranke, die nicht in einer Heilstätte waren; alle mußten zur Verrichtung landwirtschaftlicher Arbeiten fähig und bereit sein. Die Höchstbeschäftigungsdauer betrug acht Stunden für den Tag, die Leistung wurde mit 10 Pfg. für die Stunde vergütet, mithin belief sich der Höchstsatz des Tagesarbeitsverdienstes auf 80 Pfg., der dem Pflegling gutgeschrieben und spätestens bei der Entlassung ausgezahlt wurde. Die Angehörigen der Pfleglinge erhielten Unterstützung nach Maßgabe des § 18, 4 des IVG. Die Pfleglinge waren als landwirtschaftliche Arbeiter in der für den Kreis Soltau zuständigen Lohnklasse versicherungspflichtig.

Wir hätten hier also den Typus einer landwirtschaftlichen

Phthisikerkolonie, wenn nicht die kurze Dauer des Aufenthaltes der Patienten uns verböte, diesen der Irrenheilkunde mit ihren längst eingeführten und bewährten agrikolen Irrenkolonien entlehnten Terminus technicus hier zu gebrauchen. Im ganzen sind im ersten Betriebsjahre in Stübeckshorn 36 Pfleglinge zur Entlassung gekommen. Das Durchschnittsalter betrug 30 Jahre. Nach dem Grade der Arbeitsfähigkeit bemessen ergab sich folgende Verteilung in Prozenten:

	I. Grad %	II. Grad %	III. Grad %
bei der Aufnahme	25	36	39
bei der Entlassung	3	3	94

Von den Industriearbeitern sind 9 Proz. zu anderen Berufen übergetreten, und zwar 3 Proz. zur Landwirtschaft und 6 Proz. zum Handel und Verkehr. Ein Industriearbeiter trat durch Vermittlung der Erholungsstätte zur Landwirtschaft über. Obgleich die Mehrzahl der Pfleglinge wohlgenährt aus den Genesungshäusern überwiesen wurde, haben gleichwohl noch 28 durchschnittlich 3,1 kg auf der Erholungsstätte an Körpergewicht zugenommen. In einem Falle betrug die Gewichtszunahme sogar 16,4 kg. Die Durchschnittsaufenthaltsdauer betrug 48 Tage. An Arbeitsverdienst wurde den 36 Entlassenen im ganzen der Betrag von 977 Mk. 65 Pfg. oder im Durchschnitt für den Kopf 27 Mk. 15 Pfg. gewährt.

Auch die Landesversicherungsanstalt Oldenburg hat ein Bauerngut in Samnum erworben, um daselbst eine ländliche Kolonie für zunächst 20 Pfleglinge, die aus der Lungenheilstätte gebessert entlassen sind, einzurichten. Die ersten Pfleglinge wurden am 1. März 1903 aufgenommen. Der Erfolg des Aufenthaltes wird bisher als befriedigend bezeichnet.

Trotz der reichen Aufwendung, die die Landesversicherungsanstalt Hannover für die Kolonie Stübeckshorn gemacht hat, ist das Unternehmen daran gescheitert, daß sich nicht genug Patienten bereit finden ließen, sie aufzusuchen. Von 650 aus den Heilstätten der Landesversicherungsanstalt im Jahre 1904 entlassenen Männern waren nur 65 zum Eintritt in die Kolonie zu bewegen. Da man fürchtete, daß in Zukunft sich der Zuzug noch mehr verringern würde, beschloß man, die Kolonie als solche aufzugeben und sie in eine gewöhnliche Lungenheilstätte für Männer umzuwandeln. Dennoch ist dieses Experiment nicht ohne nützliche Lehren gewesen. Es

hat bewiesen, daß Lungenkranke sehr wohl ein erhebliches Maß körperlicher Arbeit im Freien verrichten können, ja, daß sie dabei noch erheblich an Körpergewicht zuzunehmen vermögen. Der Fehler des Versuches lag daran, daß man die Insassen nicht dauernd zu halten suchte, so daß diese dann vorzogen, da sie doch einmal wieder an ihre Arbeitsstätte zurückkehren mußten, diese Rückkehr lieber gleich nach der Entlassung aus der Heilstätte als wie nach der Absolvierung einer Zwischenstation zu bewerkstelligen. Das Scheitern der Kolonie Stübeckshorn beweist nichts gegen die Möglichkeit, in Heimstätten, in denen Lungenkranke dauernd untergebracht sind, ernste landwirtschaftliche Arbeit treiben zu lassen. Die dort gemachten Erfahrungen ermuntern vielmehr dazu, sogar schon in den jetzt bestehenden Lungenheilstätten regelmäßig arbeiten zu lassen.

Die Arbeit lungenkranker Personen im Anstaltswesen verdient aber noch von einem anderen als vom rein medizinischen und psychologischen Standpunkte betrachtet zu werden. Der Arzt hat doch täglich Gelegenheit zu sehen, wie schwindsüchtige Personen beiderlei Geschlechts eine erhebliche Arbeitsleistung regelmäßig verbringen. Es ist sogar die Regel, daß der Tuberkulöse abgesehen von vorübergehenden Verschlimmerungen, Blutungsperioden und dem terminalen Stadium, so gut es geht, einen Beruf ausübt. Keineswegs setzt also die Tuberkulose ohne weiteres eine absolute Arbeitsunfähigkeit voraus. Der Tuberkulöse ist eben auch wie jeder chronisch Erkrankte der Bruchteil eines normalen Menschen und verfügt deshalb auch über einen Bruchteil von Arbeitskraft und Arbeitsfähigkeit. Dieser Bruchteil schwankt nach der Individualität des Patienten, nach dem Stadium seiner Krankheit und nach den jeweiligen klimatischen Einflüssen; aber trotz seines Schwankens läßt sich dieser Bruchteil von Arbeitsfähigkeit vom kundigen Arzte unschwer bestimmen. Im freien gewerblichen Leben besteht nun die Schwierigkeit, daß man von jedem in einem Beruf stehenden Individuum ungefähr die gleiche Arbeitskraft voraussetzt und ihn zu eliminieren trachtet, falls er die normale Arbeitsfähigkeit nicht erreicht. Bei der schematischen Nivellierung infolge des Stunden- und Akkordlohns, der für alle gleichen Arbeitszeiten und gar bei der Verknüpfung des Arbeitsprozesses mit der Maschine ist es ganz unmöglich geworden, lungenkranke Individuen, die nur über einen Bruchteil von Arbeitskraft verfügen, so zu beschäftigen, daß sie diesen Bruchteil ausnützen, ohne sich zu schädigen. Dieser Übelstand des freien gewerblichen Lebens

fällt nun in einer von einem Arzte geleiteten Anstalt vollkommen fort. Es wäre denkbar, daß tuberkulöse Personen in richtiger Ausnutzung des ihnen verbliebenen Anteils an Arbeitskraft beschäftigt würden und soviel leisteten, daß sie für die Anstalt einen erheblichen ökonomischen Gewinn erarbeiteten, der den Anstaltsbetrieb verbilligt. Sie wären dann noch nützliche Mitglieder in der nationalen Volkswirtschaft, ohne daß sie Gefahr liefen, sich zu überanstrengen. Während der Tuberkulöse im freien gewerblichen Leben ruckweise eine Zeitlang wie ein Gesunder zu arbeiten pflegt und dann wieder zu vollem Nichtstun aufs Krankenlager geworfen wird, würde ihm in einem Arbeitskrankenhause für Lungenkranke unter sachkundiger Aufsicht und günstigen äußeren Bedingungen täglich nur soviel Arbeitsleistung zugemutet werden, wie er nach ärztlicher Voraussicht ohne Schaden zu leisten imstande ist. Dieses wäre nur möglich in einer Kombination von Pflegeheim und Arbeitshaus oder landwirtschaftlichen Kolonie. Nicht der heute übliche Typus der Anstalt für Lungenkranke, der Heilstätte, in der die Patienten im Frühstadium einige Monate verbringen, nicht die Kolonie zu vorübergehender Aufnahme und selbst nicht das reine Invalidenhaus für vorgeschrittene Lungenkranke ist das erstrebenswerte Ideal, sondern die Heimstätte, in der der noch rüstige Lungenkranke unter verhältnismäßig günstigen Bedingungen jahrzehntelang rationell lebt und seinen Bruchteil von Arbeitskraft unter ärztlichen Kautelen verwertet. Die im vorhergehenden Abschnitt geschilderten Heimstätten für Lungenkranke, wie sie in Norwegen im Entstehen sind, ließen sich vielleicht in großem Maßstabe verbilligen und deshalb auch verallgemeinern, wenn mit ihnen eine vorsichtige, den Kräften der Insassen angepaßte Produktion von landwirtschaftlichen Erzeugnissen oder gewissen Fabrikaten der Hausindustrie verknüpft werden könnte.

IV.

Die Erkenntnis, daß Lungenkranke im Stadium der offenen Tuberkulose eine Gefahr für ihre Umgebung bedeuten, ist uns erst durch die bakteriologische und klinische Forschung seit wenigen Jahrzehnten zur Gewißheit geworden. Da es immer eine lange Zeit braucht, bis ein solches Forschungsergebnis in die Massen-

psyche eindringt, so ist es nicht verwunderlich, wenn der größte Teil der Bevölkerung der Gefahr, die seitens tuberkulöser Personen dem Mitmenschen drohen, noch ziemlich teilnahmlos gegenübersteht. Deshalb kann an die Realisierung der sachlich wohl zu rechtfertigenden Forderung einer obligatorischen Anstaltsbehandlung für gewisse Formen der Lungentuberkulose zurzeit noch nicht gedacht werden. Die große Zahl der Tuberkulösen und die Unmöglichkeit, eine genügende Anzahl von Anstalten aus dem Boden zu stampfen, verbietet schon an und für sich eine obligatorische Einführung der Anstaltsbehandlung. Es dürfte auch vorläufig, bis die Anzahl der Anstalten für Lungenkranke vermehrt worden ist und das große Publikum sich mit dem ihm heute noch fremden Gedanken einer monate- oder jahrelangen Anstaltsbehandlung vertraut gemacht hat, genügen, wenn man einen stets wachsenden Bruchteil der Lungenkranken den Anstalten zuführt.

Am zweckmäßigsten erfolgt diese Zuführung in der Weise, daß man die Anstalten so einrichtet und den Aufenthalt in ihnen so angenehm macht, daß die Patienten sie gern aufsuchen und freiwillig in ihnen verbleiben. Außerdem kann man dadurch einen mittelbaren Druck ausüben, daß man die zahlreichen hilfsbedürftigen Lungenkranken, die heute mit Hilfe unzureichender Renten der staatlichen Invalidenversicherung oder von den Almosen der Armenverwaltung ein kärgliches Dasein fristen, auf den Weg der Asylisierung in geeigneten Anstalten hindrängt. Auf keinen Fall darf man aber vergessen, daß der Lungenkranke, der häufig über einen hohen Grad von geistiger Frische verfügt, den Aufenthalt in einer Anstalt ebenso schwer als eine Beeinträchtigung seiner persönlichen Freiheit empfindet wie irgend ein anderes gesundes und rüstiges Individuum. Mutet man ihm das freiwillige Opfer einer langen oder gar ständigen Aufgabe seiner Bewegungsfreiheit zu, so ist es unbedingt erforderlich, daß man ihm innerhalb der Anstalt jeden Zwang erläßt, der nicht unter allen Umständen durch die Rücksicht auf die Anstaltsordnung geboten ist. In dieser Richtung haben wir noch außerordentlich viel an den üblichen Anstaltsordnungen zu verbessern. Ausgehzeit, Empfangszeit für Besuche, Möglichkeit des einzelnen Patienten, für sich allein zu sein usw. — das sind Dinge, die in viel liberalerer Weise geordnet sein müssen, als das bisher der Fall war. Da die Anhäufung zahlreicher Menschen auf einen Punkt erfahrungsgemäß Ordnungsmaßregeln erfordert, die den einzelnen auf die Dauer sehr lästig zu sein pflegen, so muß auch schon aus diesem Grunde von großen An-

stalten abgesehen werden. Die Zahl der Anstaltsinsassen sollte nicht größer sein, als daß gerade noch dem Ganzen ein familiärer Charakter bewahrt bleibt. Die Patienten empfinden sich dann nicht als Objekte einer ihnen fremden Bureaukratenherrschaft, sondern können sich in ihrer Anstalt zu einer mehr korporativen, sich selbst verwaltenden Genossenschaft zusammenschließen, deren Oberleitung natürlich einem nichttuberkulösen, im Pflegedienst ausgebildeten Hausvater zufiele. Sehr schwer wird in den gegenwärtigen Anstalten das Zusammenwohnen in großen Räumen empfunden. Es würde technisch durchaus möglich sein, jedem Patienten, wenn nicht ein eigenes Zimmer, so doch ein besonderes, nach drei Seiten geschlossenes Abteil in einem größeren Raume zu gewähren.

Von der Regelung dieser Dinge hängt die Durchführbarkeit einer Verallgemeinerung der Heimstätten für Tuberkulöse, die nach dem Vorgange von L. Brauer an dieser Stelle vom sozialhygienischen Standpunkte als wichtigstes Mittel, die Tuberkulose als Volkskrankheit zu bekämpfen, gefordert werden muß, mehr ab als von ihrer technischen Ausstattung. Es mag ungemein schwer sein, eine Anzahl Personen ohne blutsverwandtschaftlichen Zusammenhang zu einem familiären Zusammenleben zu veranlassen. Dennoch muß es versucht werden, dieses Problem auch ohne die Mittel zu lösen, die den kirchlichen Gemeinschaften für diese Zwecke zur Verfügung stehen, und einen genossenschaftlichen Geist unter einer beschränkten Anzahl von Individuen, die ein gemeinsames Unglück zu tragen haben, zu erzeugen und festzuhalten. Man muß sich nur mehr als bisher klar machen, daß es nicht genügt, Fassaden, Parkanlagen, erstklassiges hygienisches Inventar und andere Errungenschaften der glänzend entwickelten Technik unserer Zeit in einer Anstalt zu konzentrieren, sondern es wichtiger ist, durch eine sorgfältige Abmessung von Zwang und Freiheit die Insassen, ihre Leitung und ihre Bedienung zu einem harmonischen Organismus zu verbinden.

Es mag unendlich schwer sein, den richtigen Typus zu finden für eine Heimstätte, in der lungenkranke Individuen der unteren Volksschichten dauernd verweilen, den ihnen gebliebenen Rest von Arbeitskraft nützlich anwenden und ein bescheidenes Maß von Lebensgenuß eingeräumt erhalten können; aber dieser Typus muß gefunden werden, wenn anders nicht vollkommen darauf verzichtet werden soll, auf dem Anstaltswege die Tuberkulose als Volkskrankheit zu bekämpfen. Der rege Eifer, den die letzten Jahr-

zehnte auf dem Gebiete der Gründung von Anstalten für Lungenkranke bewiesen haben, läßt hoffen, daß auch dieses Problem in nicht zu ferner Zeit einer befriedigenden Lösung entgegengeführt werden wird.

Leitsätze.

1. Die Errichtung von Anstalten für Lungenkranke, die sich im Anfangsstadium der Erkrankung befinden, ist in den letzten Jahrzehnten, besonders im Anschluß an das soziale Versicherungswesen, sehr gefördert worden. Wir verdanken dieser Lungenheilstättenbewegung zunächst überhaupt die Idee, die Lungentuberkulose mit Hilfe des Anstaltswesens zu bekämpfen, und sodann eine großzügige Mobilmachung privater und öffentlicher Kräfte zugunsten der Anstaltsverbringung lungenkranker Individuen der unteren Volksschichten, — aber eine erhebliche Verminderung der Tuberkulose infolge dieser Heilstätten ist nicht eingetreten und ist auch in Zukunft nicht zu erwarten.

2. Dieses zurzeit mehr dunkel gefühlte als klar bewußte Fehlschlagen hat dazu geführt, auch Anstalten für fortgeschrittene und unheilbare Tuberkulöse zu bauen. In diesen Heimstätten liegt der entwicklungsfähige Keim für die Zukunft des Anstaltswesens für Lungenkranke.

3. Außer dieser Errichtung von Invalidenheimen zeigt sich als eine zweite Tendenz zu einer erfreulichen Weiterbildung des Anstaltswesens für Lungenkranke das Bestreben, die Lungenkranken unter ärztlichen Kautelen den ihnen gebliebenen Rest von Arbeitskraft ausnutzen und sie innerhalb der Anstalt arbeiten zu lassen.

4. Die Idee des Invalidenheims muß mit der der Arbeitskolonie zusammentreten zur Forderung von Heimstätten für Lungenkranke, in der diese dauernd sich aufhalten und ihren Kräften angemessene, ökonomisch wertvolle und den Anstaltsbetrieb verbilligende Arbeit leisten. Die tunlichst weitgehende Verallgemeinerung solcher Anstalten, die von ökonomischen Gesichtspunkten aus durchaus nicht undurchführbar ist, würde einen außerordentlich hohen sozialhygienischen Wert haben und die rationellste und humanste Art der Tuberkulosebekämpfung überhaupt bedeuten; denn allein die Umwandlung des Heilstättenwesens in ein Heimstättenwesen er-

möglicht zugleich die Disposition (Empfänglichkeit) wie die Infektion (Ansteckung) mit gleicher Energie zu bekämpfen.

5. Als Vorbilder für die Heimstätten dürfen nicht die großen und teuren Anstalten der deutschen Landesversicherungsanstalten sondern die billigen norwegischen Pflegeheime dienen, da von der Wohlfeilheit des Baues und Betriebes dieser Anstalten die größtmögliche Verallgemeinerung abhängig ist und außerdem nur in kleinen Heimstätten der Charakter des Sterbehauses vermieden sowie den Insassen ein familiäres Zusammenleben ohne überflüssigen Zwang geboten werden kann.

Der Ausbau der Arbeiterversicherung in Österreich.

Von Siegmund Kaff, Wien.

(Schluß.)

Nach dem Regierungsprogramm würde die Zahl der versicherungspflichtigen Personen rund 5,2 Millionen, davon 1,65 Millionen unfallversicherungspflichtig, betragen. Von den 5,2 Millionen gegen Krankheit Versicherten werden nach der Berechnung der Regierung 2,5 Millionen voll- und 2,7 Millionen Personen teilversichert sein und zwar:

	voll- versichert	teil- versichert
Landwirtschaftliche Betriebe	—	2,0
Gewerbliche „	2,1	0,2
Eisenbahnen	0,2	—
Bergbau	0,15	—
Häusliche Dienstboten	—	0,5
Sonstige	0,05	—

Gegenüber dem heutigen Stande bedeutet dies eine Verdoppelung der Zahl der Versicherungspflichtigen, wobei allerdings der Zuwachs fast ausschließlich auf die sog. Teilversicherten entfällt. Dabei ist in Betracht zu ziehen, daß, wenn die Versicherungspflicht im Sinne des Reformprogramms nur auf die den Gesindeordnungen unterstehenden Landarbeiter ausgedehnt wird, die Zahl derselben mit 2 Millionen zu hoch angenommen ist. Hier wird also die stärkste Korrektur eintreten, wodurch das Ziffernbild eine nicht unwesentliche Veränderung erfahren muß. Unter dieser Voraussetzung ist die nachstehende Aufstellung über das Beitragserfordernis zu betrachten. Nach den Berechnungen der Regierung würden die jährlichen Beitragsleistungen voraussichtlich betragen:

	Voraussichtliche jährliche Beitragsleistung in Millionen Kronen											
	in der Krankenversicherung zu Lasten der			in d. Invalidenversicherung zu Lasten der			in der Unfallversicherung zu Lasten der			in allen drei Versicherungszweigen zu Lasten der		
	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen	Dienstgeber	Versicherten	Zusammen
Landwirtschaftliche Betriebe . . .	5,0	5,0	10,0	7,0	7,0	14,0	—	—	—	12,0	12,0	24,0
Gewerbliche Betriebe	22,0	22,0	44,0	17,5	17,5	35,0	18,0	—	18,0	57,5	39,5	97,0
Bergbau	2,1	2,1	4,2	(1,3)	(1,3)	(2,6)[1]	4,0	—	4,0	7,4	3,4	10,8
Häusliche Dienstboten	1,3	1,3	2,6	2,3	2,3	4,6	—	—	—	3,6	3,6	7,2
Sonstige	0,4	0,4	0,8	0,3	0,3	0,6	—	—	—	0,7	0,7	1,4
Zusammen	30,8	30,8	61,6	28,4	28,4	56,8	22,0	—	22,0	81,2	59,2	140,4

Zusammen würden also die jährlichen Beiträge ausschließlich der Eisenbahnen ungefähr 140,4 Millionen Kronen betragen, wovon ca. 81,2 auf die Dienstgeber und 59,2 auf die Versicherten entfallen dürften.

Zieht man die Eisenbahnen mit in Betracht, welche gegenwärtig ca. 4 Millionen für Krankenversicherung und 10 Millionen für Unfallversicherung aufbringen, so gelangt man zu einem Gesamterfordernis von rund 155—156 Millionen Kronen, wovon etwa 62 Millionen die Versicherten und 93 Millionen die Unternehmer zu tragen hätten. Es ist bei dem Umstande, daß die Zahlen über die Versicherungspflichtigen teilweise überaus unzuverlässig sind, mißlich, die oben angegebene Summe zu Schlußfolgerungen zu benutzen. Sie gibt höchstens von dem Verhältnis der Belastungen der Unternehmer und Versicherten eine Vorstellung und besagt, daß sich beide Belastungen wie 1,5 : 1 verhalten. Das ist nun ganz verschieden nach den einzelnen Versicherungszweigen und verschieden nach dem geltenden Gesetze und dem Regierungsprogramm. Nach dem geltenden Gesetze stellt sich das Verhältnis in der Krankenversicherung wie 2 : 1, in der Unfallversicherung wie 9 : 1, ein Verhältnis, das allerdings durch Ausnahmen bezüglich

[1]) Von den Provisionskassen der Bergbruderladen abzuführender Invalidenversicherungsbeitrag.

der Bergarbeiter und Eisenbahnen einigermaßen alteriert wird. Nach dem Regierungsprogramm würden sich die Beiträge für die Kranken- und Invalidenversicherung wie 1:1 stellen, während in der Unfallversicherung die Prämie vom Unternehmer allein zu tragen wäre. Demgemäß drängen sich hier zwei Fragen auf: 1. Ob die von der Regierung benutzte Rechnungsgrundlage auf eine genügende Verläßlichkeit Anspruch machen kann und 2. inwiefern eine Verschiebung der Beitragslasten für Unternehmer und Versicherte eintritt? Was nun die erste Frage anbelangt, so haben wir bereits erwähnt, daß hinsichtlich der wichtigsten Grundlage — der Zahl der Versicherungspflichtigen — die Voraussetzung der Verläßlichkeit nicht zutrifft. Es gilt dies nicht bloß hinsichtlich der landwirtschaftlichen Betriebe, bei welchen durch die teilweise Einbeziehung des Gesindes eine Abschätzung erschwert wird; auch sonst dürften sich Korrekturen als notwendig herausstellen. Aber die Hauptfehler der Rechnungsgrundlage liegen doch mehr in der Unterschätzung der Krankheits- und Invaliditätsgefahr sowie der Kosten für ihre Bekämpfung. Vor allem würde die Verlängerung der Unterstützungsdauer in der Krankenversicherung bewirken, daß die mit 10 Proz. angenommene Morbilitätsziffer in der Praxis sich von dieser theoretischen Grundlage entfernen wird. Zu diesem Effekte wird auch beitragen die Einbeziehung von einer größeren Krankheitsgefahr unterworfenen Berufsgruppen, z. B. der Bergarbeiter. Und ebenso werden das landwirtschaftliche Gesinde und die Teilversicherten überhaupt eine Erhöhung der Morbilitätsziffer herbeiführen, wenngleich diese Tendenz durch die Vorenthaltung eines Krankengeldes beschränkt werden soll. In derselben Richtung wird die Belastung der Krankenkassen mit den Heilverfahrenskosten der Unfälle und die Ausdehnung der Ersatzpflicht an die Spitäler wirken. Vor allem aber muß bemerkt werden, daß die Annahme der Regierung von vornherein auf einer falschen Voraussetzung beruht, wenn sie meint, es genüge, die durchschnittliche Morbilitätsziffer in dem Zeitraum 1890—1902 zu berechnen. Schon in dieser 13jährigen Beobachtungszeit ergibt sich eine starke Steigerung, wobei übrigens die ersten Jahre nicht in Betracht gezogen werden können, weil damals das Gesetz noch allzuweit von einer vollkommenen Durchführung entfernt war. Wird nun diese steigende Tendenz zusammen mit den übrigen erwähnten Momenten ins Kalkül gezogen, so ergibt sich, daß eine Morbilität von 10 Proz. als viel zu gering anzusehen ist.

Ähnliches gilt hinsichtlich der Sterblichkeitsziffer. Vor allem

aber erscheint es notwendig, die Naturalleistungen (ärztliche Hilfe, Medikamente, therapeutische Behelfe, physikalische und andere Kurmittel) mit einem höheren Betrage, als ihn die Regierung kalkuliert, zu veranschlagen. Wenn sich heute schon der jährliche Aufwand pro Mitglied auf durchschnittlich 4,56 Kronen beläuft, so wird er sich in Zukunft auf mindestens 6—6½ Kronen stellen. Die Regierung, welche bloß 5 Kronen ansetzt, übersieht, daß zunächst die steigenden Anforderungen der Ärzte zu dieser Erhöhung beitragen müssen; dann aber auch, daß, wenn schon nicht die eigentlichen Medizinalauslagen, dafür andere Erfordernisse der Heilpflege, wie sie durch die Rekonvaleszentenpflege und durch die gesteigerte Anwendung der physikalischen Heilmethoden sowie durch die Einbeziehung der Unfallkosten sich als notwendig herausstellen werden, eine Erhöhung des durchschnittlichen Kassenaufwandes bewirken müssen.

Die Kosten der Spitalspflege erfahren zwar eine Einschränkung insofern, als die Kassen zum Ersatz der Verpflegsgebühren lediglich in der Höhe des Krankengeldes verpflichtet werden. Allein durch die Ausdehnung des Dispositionsrechtes der Kassen und vor allem durch die Verlängerung der Haftdauer wird eine Mehrbelastung eintreten, die gleichfalls nicht ignoriert werden darf. Bezüglich der Verwaltungsauslagen wird erst die Praxis zeigen müssen, ob eine Mehrbelastung vermeidbar ist oder nicht. Die Erweiterung der Befugnisse der Kassenagenden und die dadurch bedingte Ausgestaltung des Verwaltungsapparates wird die Sach- und Personalregie der Kassen erhöhen, auch wenn für die aus dem übertragenen Wirkungskreis erwachsenden Auslagen den Kassen Ersatz geleistet und überdies der leitende Beamte von der staatlichen Versicherungsanstalt besoldet werden sollte. Letzteres ist jedoch nicht in allen Fällen sicher — die Gründe sind weder aus den Bestimmungen des Gesetzentwurfes noch aus den Erläuterungen hierzu ersichtlich. Wie immer dem aber auch sein mag: eine Verbilligung der Regie, die heute schon bei den Bezirkskrankenkassen 8½ Proz. der laufenden Beiträge erfordert, ist kaum zu gewärtigen, weil das Hauptmittel der Verbilligung — die Konzentration der Mitglieder in einheitlich organisierte Kassen — unterbleibt. Ebenso erscheint es etwas gar zu optimistisch, das Beitragserfordernis für den Verband zu vernachlässigen, da den Verbänden weitaus größere Aufgaben zugedacht sind als heute. Hingegen werden für die Dotierung des Reservefonds, der nur in der Höhe der einfachen durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten drei Rechnungsjahre

erfolgen soll, künftig kleinere Rücklagen genügen. Das Regierungsprogramm berechnet hierfür einen 5proz. Zuschlag zu dem für die Deckung der Kassenerfordernisse ermittelten Beitrag.

Nach der Berechnung des Regierungsprogramms wird sich das Nettoerfordernis in der Krankenversicherung pro Jahr stellen auf Kronen:

	an Krankengeld	an Beerdigungskostenbeitrag
in der 1. Lohnklasse	4	0,12
„ „ 2. „	8	0,24
„ „ 3. „	12	0,36
„ „ 4. „	20	0,60
„ „ 5. „	30	0,90
„ „ 6. „	40	1,20

Demgemäß werden Vollversicherte Wochenbeiträge zu zahlen haben für Krankengeld und Beerdigungskostenbeitrag von 10, 20, 30, 50, 76 und 100 Hellern, für Arzt und Medikamente 12 Heller, macht zusammen 22, 32, 42, 62, 88, 112 Heller Beiträge per Woche gleich ein Viertel (25 Proz.) des täglichen Krankengeldes. Die zulässige Maximalhöhe des Wochenbeitrages wird mit 50 Proz. des täglichen Krankengeldes begrenzt. Diese Normalsätze werden sich je nach der Zusammensetzung des Mitgliederstandes rücksichtlich Alter, Beruf, Geschlecht etc. ändern. Das Fatale an der Sache ist nur, daß die ganze Voraussetzung, von der die Berechnung ausgeht, weder den bisherigen Gepflogenheiten noch den Bedürfnissen der Versicherten entspricht. Ganz Österreich mit seinen kolossalen Lohnunterschieden als einen einzigen undifferenzierbaren Kassensprengel zu betrachten, mag vielleicht vom bureaukratischen oder genauer: vom rechnerisch-buchhalterischen Standpunkte aus erwünscht sein; sozialpolitisch ist dies weder wünschenswert noch möglich. Die wirtschaftlichen Abstufungen der arbeitenden Bevölkerung lassen sich keineswegs auf sechs Lohnklassen reduzieren.

Eine solche Nivellierung würde nicht nur zu einer Umwälzung der in der Krankenversicherung bestehenden Verhältnisse sondern auch zu einer enormen Schädigung der Versicherten führen. Sicherlich ist das heutige System der Lohnkategorien nicht als ideal anzusehen. Die Lohnsätze entsprechen durchaus nicht den faktischen Lohnverhältnissen. Sie werden höchst einseitig von den Gewerbebehörden festgesetzt, ohne daß die Versicherten nennenswerten Einfluß zu üben vermöchten. Auch wenn dies der Fall wäre und eine größere Spezialisierung der Lohnkategorien ein-

treten würde, ergäben sich noch immer mannigfache Nachteile administrativ-technischer Natur, die beim Lohnklassensystem in Wegfall gebracht werden können. Soll dies aber geschehen, dann müssen die Lohnklassen den wirklichen Verhältnissen eines jeden Kassensprengels durchaus angepaßt und nicht auf sechs beschränkt werden.

Die vorhin berechneten Gesamtbeiträge stellen aber auch eine ganz ungleiche Belastung der Versicherten in den einzelnen Lohnklassen dar. Sie machen 6,1, 4,4, 3,5, 3,2, 2,9, 2,7 Proz. vom mittleren Lohnsatz aus, d. h. sie begünstigen die höheren Kategorien auf Kosten der unteren. Wenn nun auch die Morbilität der schlecht entlohnten Kassenmitglieder eine höhere als die der besser entlohnten ist, so ist doch damit die große Differenz in der Belastung nicht begründet.

Auch die Beitragsberechnung für die Teilversicherten, welche nur auf die Naturalleistungen (ärztliche Hilfe, Medikamente und therapeutische Behelfe bis zur Dauer eines Jahres, eventuell auf vierwöchentliche Spitalspflege) sowie auf einen Beerdigungskostenbeitrag Anspruch haben, erscheint sehr optimistisch angestellt. Erwägt man, daß für die landwirtschaftlichen Dienstboten die Beistellung der ärztlichen Hilfe und Medikamente aus verschiedenen Gründen sich teurer stellen wird als für städtische Versicherte, daß ferner die Kosten der Kontrolle sich etwas höher stellen dürften, so gelangt man auch hier zu dem Ergebnis, daß eine Unterschätzung des Erfordernisses stattgefunden hat. Immerhin kann eines Vorteils erwähnt werden, der bisher fehlte: Eine Abstufung der Beiträge nach Geschlecht, Berufsarten und Betriebszweigen ist zulässig, weil die Morbilitätsziffern für männliche und weibliche Kassenmitglieder einerseits sowie für gewisse Berufe und Betriebsgruppen andererseits starke Differenzen aufweisen.

Aus all den bisher angeführten Gründen müssen die Grundlagen für die Berechnung des Erfordernisses, bzw. der Beiträge in Zweifel gezogen werden. Diese Zweifel werden noch verstärkt, wenn man die Gesamtbelastung, die nach dem Regierungsprogramm eintreten soll, mit der gegenwärtigen vergleicht. Für $2^1/_2$ Millionen gegen Krankheit Versicherter beträgt der Aufwand für Versicherungsleistungen und Verwaltungszwecke gegenwärtig 48,361 Millionen Kronen. Für die mit 5,2 Millionen geschätzte Zahl der Voll- und Teilversicherten ist ein Aufwand von 61,6 Millionen berechnet. Es würden sonach die 2,7 Millionen Teilversicherter rund 13,2 Millionen erfordern, wenn man mit dem Regierungsprogramm

annimmt, daß für die Vollversicherten auch künftig kein höherer Aufwand notwendig sein wird. Hält man dieser Ziffer jenen Aufwand entgegen, welchen die heute vollversicherten Kassenmitglieder an Arzt, Medikamenten und Verpflegs- und Beerdigungskosten erfordern, so gelangt man zu einer Belastung von 17,408 Millionen Kronen; dabei sind Regie und Reservefonds nicht berücksichtigt. Nun ist allerdings in Betracht zu ziehen, daß diese sowie die Ärztekosten, da sie sich auf eine größere Anzahl von Mitgliedern verteilen, sich im allgemeinen nicht höher stellen werden. Trotzdem ergibt sich eine Differenz von rund 4 Millionen Kronen, die wohl dafür spricht, daß die Wirklichkeit über die Schätzung des Reformprogramms hinausschreiten wird. Dies dürfte auch sonst der Fall sein. Wenn im Jahre 1902 die Versorgung von $2^1/_2$ Millionen Versicherten mit Arzt, Medikamenten, Spitalspflege und Beerdigungskosten 17 Millionen erfordert, so ist wohl nicht anzunehmen, daß das künftige Erfordernis für diese Leistungen hinter diesem Betrage zurückbleiben wird. Im Gegenteil!

Bisher handelte es sich um das gesetzliche Mindestausmaß der Unterstützungen, deren Deckung je zur Hälfte (statt wie bisher zu ein Drittel und zu zwei Drittel) von den Unternehmern und Arbeitern getragen werden soll. Es hat sich gezeigt, daß die Ausdehnung der Unterstützungsdauer sowie die Erweiterung der Ersatzpflicht gegenüber den Heilanstalten, wozu noch die Überwälzung der Heilkosten für Betriebsunfälle kommt, zwar eine Erhöhung des absoluten Aufwandes herbeiführen muß, daß jedoch diese Erhöhung keineswegs den Versicherten zugute kommt, weil gleichzeitig durch die Fixierung der Höhe des Krankengeldes mit 40, 80, 120, 200, 300 und 400 Hellern der relative Anteil an der wichtigsten Versicherungsleistung, dem Krankengelde, für die Kassenmitglieder sinkt. Die letzteren profitieren demnach von der Erhöhung der Unternehmerbeiträge auf die Hälfte der Gesamtprämie nur wenig oder nichts, denn jede Erweiterung der Kassenleistungen, insbesondere die Ausgestaltung der Heil- und Rekonvaleszentenpflege, die Einführung der Angehörigenversicherung sowie der außerordentlichen Unterstützungen fällt gänzlich den Kassenmitgliedern zur Last.

Weitaus schwieriger noch als in der Krankenversicherung ist die Berechnung des Beitragserfordernisses für die Invaliditätsversicherung, da hier die Erfahrungen und somit auch die statistischen Grundlagen für Österreich vollständig fehlen. Das Regierungsprogramm berechnet die jährlichen Beitragsleistungen

mit 56,8 Millionen Kronen, die je zur Hälfte von den Dienstgebern und von den Versicherten aufzubringen sein werden. Es schätzt im fünften Jahre der Versicherung den Aufwand an Invaliditäts- und Altersrenten auf 3,4 Millionen Kronen und läßt ihn bis zum 70. Jahre der Versicherung, wo der Sättigungspunkt als erreicht angenommen wird, auf 120,6 Millionen steigen. Die Kapitalsabfertigungen an Hinterbliebene, Witwen und Waisen, welche schon im ersten Jahre zahlbar sein werden, schätzt es auf eine halbe Million, im 70. Jahre der Versicherung auf 11,6 Millionen. Die Beitragsrückerstattungen werden im fünften Jahre der Versicherung mit 1,1 Millionen Kronen, im 70. Jahre mit 2,6 Millionen angenommen, die Verwaltungskosten jährlich mit 7 Millionen. Von diesem Gesamtaufwande hätten die Versicherten im ersten Jahre 5.5 Millionen, im 70. Jahre 99,1 Millionen, der Staat 2, bzw. 42,8 Millionen Kronen zu tragen. Wiederum muß hier daran erinnert werden, daß die Zahl der landwirtschaftlichen Arbeiter von der Regierung augenscheinlich zu hoch angenommen worden ist. Demgemäß wird die mit 24 Millionen Kronen berechnete Belastung der Landwirtschaft, wovon 12 zu Lasten der Dienstgeber fallen sollen, wesentlich zu reduzieren sein. Aber noch ein anderes ergibt sich: die Landwirtschaft, welche bisher für die Gesamtkosten der Krankenfürsorge für das Hausgesinde aufzukommen hatte, wird künftig hinsichtlich dieser Kosten entlastet werden, weil die Versicherten einen Teil derselben zu übernehmen haben. Die so ersparte Hälfte wird für die Zwecke der Invaliditätsversicherung zur Verwendung gelangen, welche die Dienstgeber in der Landwirtschaft mit 7 Millionen belasten soll, woraus sich ergibt, daß die von den Grundbesitzern bisher verausgabten Beträge trotz der Einführung der Invaliditätsversicherung keine wesentliche Erhöhung erfahren dürften. Ähnliches gilt von der Belastung der übrigen Arbeitgeber durch die Versicherung der häuslichen Dienstboten. Da für die Eisenbahnen und den Bergbau heute schon Pensions- und Provisionsinstitute bestehen, so kann auch hier kaum von einer nennenswerten Mehrbelastung durch die Invaliditätsversicherung gesprochen werden. Es verbleiben also lediglich die gewerblichen Betriebe, für welche die mit 35 Millionen berechneten Kosten der Invaliditätsversicherung eine Neubelastung darstellen, da die Hälfte dieser Kosten auf das Konto der Unternehmer kommt.

Die Verwaltungskosten veranschlagt das Programm mit 1 Krone für jede versicherte Person, was durchschnittlich 10 Proz. der Prämien ausmachen würde. Vorsichtshalber werden aber 10 Proz.

angenommen, weil die Einhebung durch die Krankenkassen kostspieliger ist als das in Deutschland übliche, viel beklagte Markensystem. Überdies werden noch Sicherheitszuschläge als erforderlich erachtet, weil die für die Rechnung benutzten Grundlagen — wie die Regierung selbst betont — jeder Verläßlichkeit entbehren und die Erfahrungen in Deutschland zur größten Vorsicht mahnen. Im Widerspruch mit dieser Anschauung steht es nun, wenn die Regierung die Prämien gleich für zwölf Jahre festsetzt. Eine angemessene Abkürzung dieses Zeitraumes wäre aus den von der Regierung selbst angeführten Gründen wohl am Platze. Bei dieser Gelegenheit sei übrigens bemerkt, daß auch die 20jährige Fixierung der Krankenversicherungsbeiträge, wiewohl hier die Grundlagen verläßlichere sind, besser zu beseitigen wäre. Es liegt gar kein zureichender Grund vor, den Kassen in diesem Punkte Beschränkungen aufzuerlegen, von denen sie bisher frei waren. Sowohl hinsichtlich der Kranken- wie der Invaliditätsversicherung muß ferner die Frage aufgeworfen werden, ob die neue Festsetzung der Beiträge nach erfolgter Überprüfung zweckmäßig nur im Gesetzgebungswege erfolgen soll.

Ganz offenkundig kommt die Tendenz zur Entlastung der Dienstgeber in der Unfallversicherung zum Ausdruck. Es handelt sich bei der Regierung darum, ein weiteres Anwachsen des Gebarungsabganges hintanzuhalten, wohingegen sie hinsichtlich der Beseitigung des vorhandenen Defizits erforderliche Maßnahmen anzugeben unterläßt. Diese Unterlassung ist eine so auffällige Tatsache, daß sie nur aus einer Annahme erklärt werden kann, der Annahme nämlich, daß die Regierung selbst hinsichtlich der Deckung des vorhandenen Defizits vollständig ratlos ist. Und doch gibt es, wenn man nicht zu einer ganz unmöglichen Kürzung der Ansprüche greifen will, nur zwei Wege, um den Gebarungsabgang zu beseitigen. Entweder müssen die Unternehmer durch Hinaufsetzung des Beitragstarifs für den Gebarungsabgang aufkommen, oder aber es hätte der Staat die Amortisierung vorzunehmen, bzw. es wären Unternehmer und Staat heranzuziehen. Mit einer dieser Möglichkeiten, die unvermeidliche Notwendigkeiten sind, wird sich die Industrie und die Regierung vertraut machen müssen. Hier näher auf dieses Kapitel einzugehen, erscheint aus Raummangel nicht angebracht. Um so notwendiger ist die Prüfung der Frage, ob die zur Hintanhaltung eines künftigen Defizits vorgeschlagenen Maßnahmen ausreichen. Durch die Verlängerung der Karenzzeit auf die Dauer des Heilverfahrens sowie durch den Ersatz der

kleinen Renten durch Abfertigungen, endlich durch den Wegfall der Versicherung landwirtschaftlicher Maschinenbetriebe glaubt die Regierung 2 794 000 Kronen ersparen zu können, wodurch sich das Erfordernis in der Unfallversicherung auf 18 461 000 Kronen, d. i. 2,07 Proz. der Lohnsumme im Durchschnitt der Jahre 1897—1901 reduzieren würde. Da im Jahre 1901 die tatsächlichen Beitragseinnahmen 1,89 Proz. der Lohnsumme betrugen, so würde sich auch nach der Rechnung der Regierung eine Differenz ergeben, deren Ausgleichung sie von der Einführung individueller Beitragsvorschreibungen erwartet; überdies werden Zusatzbeiträge vorgesehen. Im Vertrauen auf die Wirkung dieser Maßnahmen glaubt die Regierung die Kontingentierung der gegenwärtigen Beitragseinnahmen empfehlen zu können, d. h. der Gesamtbeitrag würde auch nach Durchführung des Reformprogramms für die Betriebe der gleiche sein wie jetzt, doch würde sich der Beitrag in den einzelnen Gefahrenklassen infolge der Revision derselben, die durch die Kontingentierung erforderlich wäre, anders stellen.

Der Effekt der von der Regierung vorgeschlagenen Maßnahmen wäre also, daß die Gesamtlasten sowohl in der Unfall- wie in der Krankenversicherung keine Erhöhung erfahren würden. Auch in der Krankenversicherung nicht trotz der Verlängerung der Unterstützungsdauer und der erweiterten Ersatzpflicht an die Spitäler, sowie trotz der Übernahme der Heilkosten für die Unfälle, weil diese Erweiterung der Verpflichtungen durch die allgemeine Herabdrückung des Krankengeldes infolge der Fixierung und der Unifizierung desselben paralysiert wird. Nur die Verteilung der Lasten zwischen Unternehmern und Arbeitern würde eine andere werden. Die Beiträge zur Unfallversicherung, welche bisher zu 10 Proz. von der Arbeiterschaft getragen wurden, würden gänzlich auf das Konto der Unternehmer kommen (18 Millionen pro 1902). Die Beiträge für die Krankenversicherung würden künftig zur Hälfte von den Unternehmern getragen werden (22 Millionen pro 1902). Dazu kämen noch die halben Beiträge für die Invalidenversicherung per 17½ Millionen, so daß also für die Unternehmer, welche bisher 29,3 Millionen aufzubringen hatten, eine Mehrbelastung von 28,2 Millionen erwachsen würde.

Die bei der Unfallversicherung gemachten Erfahrungen sowie das Beispiel Deutschlands haben die Regierung veranlaßt, auch einen staatlichen Zuschuß in Aussicht zu nehmen. Derselbe gilt bloß für die Invalidenversicherung, wenn man davon absieht, daß der Staat in Zukunft die Kosten der Schiedsgerichte sowie des

Obergerichtes tragen will, welche Einrichtungen für alle Versicherungszweige gelten. Der Zuschuß des Staates würde zunächst mit einem fixen Verwaltungsbeitrag an die Reichsanstalt im Betrage von jährlich 2 Millionen Kronen, sodann aber auch in der Aufbesserung jeder liquiden Rente um 90 Kronen jährlich bestehen. Diese Art der Beitragsleistung ist für den Staat die bequemste; sie enthebt ihn der Notwendigkeit, das Risiko in allen seinen Steigerungsmöglichkeiten mittragen zu müssen, was zumal bei der Unfallversicherung von außerordentlicher Bedeutung wäre, ist also vom fiskalischen und technischen Standpunkte kaum anfechtbar; um so mehr freilich vom sozialpolitischen. Eine weitere Heranziehung des Staatsschatzes zu den Zwecken der Invaliditätsversicherung ist dadurch beabsichtigt, daß der Staat für den Entgang an Prämien während der aktiven Militärdienstzeit eines Versicherten aufkommen soll, indem er für jeden ausfallenden Wochenbeitrag einen Teil der zu leistenden Rente auf sich nimmt.

Würde dies teilweise wenigstens auch für die Arbeitslosen geschehen, dann könnte man nicht bloß von einem sozialpolitisch überaus wertvollen Fortschritte sprechen, es wäre dann auch möglich, die Einbuße der Rentenanwärter bei Beschäftigungslosigkeit zu verringern und auf ein Minimum zu reduzieren, wenn nicht ganz zu beseitigen. Allein es ist überaus bedenklich, an den Staat erhöhte Ansprüche zu stellen, wenn nicht zuvor die Gewähr gegeben ist, daß die Quellen, welche zur Deckung des neuen Erfordernisses geöffnet werden müssen, auch dem sozialpolitischen Zwecke entsprechen. Durchaus perhorresziert muß es werden, wenn die indirekte Besteuerung für Zwecke der Arbeiterversicherung erweitert werden sollte. Hingegen müßte es auf das freudigste begrüßt werden, wenn etwa im Wege von Zuschlägen zur Personaleinkommensteuer, oder durch andere direkte Abgaben die Mittel zur Deckung des staatlichen Zuschusses aufgebracht werden würden. In diesem Falle könnte es sogar zugegeben werden, daß ein großer Teil des Gesamterfordernisses für die Zwecke der Arbeiterversicherung im Wege der Besteuerung hereingebracht würde. Abgesehen von der Aussichtslosigkeit jedoch, welche für das Verlangen des Steuerweges prognostiziert werden muß, wäre es nicht zu empfehlen, dem Wunsche der Industrie nach vollständiger Überwälzung des Gesamterfordernisses auf die Allgemeinheit Rechnung zu tragen, vielmehr erscheint es ratsam, bei dem bisherigen System der direkten Haftung der unmittelbaren Interessenten zu verbleiben. Dies braucht aber durchaus nicht auszuschließen, daß der Staat

einen größeren Teil des Erfordernisses, als dies nach dem Programm in Aussicht genommen ist, selbst deckt. Ja, man könnte, wiewohl die drei Versicherungskreise nicht kongruent sind und das Erfordernis für dieselben ein ungleiches ist, dennoch eine Drittelung der Gesamtbeitragsleistungen derart herbeiführen, daß Arbeiter, Unternehmer und Staat je ein Drittel des Gesamterfordernisses übernehmen. Schon die bisherigen Berechnungen lassen erkennen, daß man von diesem Verhältnis nicht allzuweit entfernt ist. Nach der Berechnung des Programms ergibt sich, wie bereits erwähnt, daß von der voraussichtlich jährlichen Beitragsleistung 81 Millionen auf die Dienstgeber und 59 Millionen auf die Versicherten entfallen. Da im 70. Jahre des Bestandes der Versicherung der staatliche Zuschuß mit 42,8 Millionen angenommen wird, so ist es weniger die absolute Differenz zwischen dem in Aussicht genommenen Zuschuß und dem vollen Drittel, welches nach Aufteilung der gesamten Beitragsleistung auf den Staat entfiele, als vielmehr der Umstand, daß der Staat seinen Beitrag nicht als sofort fällige Prämie sondern bloß als nachträglich zahlbaren Zuschuß aufgefaßt wissen will.

Das Problem der Arbeiterversicherung ist vor allem ein finanzielles Problem. Eine aufmerksame Überprüfung des Finanzplanes wird daher von allen Interessenten, zumal im Hinblick auf die traurigen Erfahrungen in der Unfallversicherung, begehrt werden müssen. Die Erwartungsmöglichkeiten dürfen nicht wieder unterschätzt werden, vielmehr erheischt die Schwierigkeit der Gesetzwerdung eine Beruhigung vor allem im Hinblick auf die Verläßlichkeit der Rechnungsgrundlagen. Insbesondere in dem neuen Zweige der Invalidenversicherung erscheint eine solche Überprüfung der angenommenen Invaliditätswahrscheinlichkeit geboten. Aber auch die Frage des Zinsfußes, welcher mit 4 Proz. angenommen wird, wird in strenge Erwägung zu ziehen sein, wenngleich die Annahme, daß die Folgen eines etwaigen Rückganges des Zinsfußes durch die Wahl eines aus den deutschen Beobachtungen abgeleiteten bedeutend höheren Vermehrungsfaktors für Versicherungspflichtige ausgeglichen werden könne, wohl berechtigt ist.

Es ist eines der charakteristischen Merkmale der Arbeiterversicherung, daß sie zum Unterschiede von der bürgerlichen Privatversicherung neben den Geldleistungen auch Naturalleistungen kennt. Schon die geltende Gesetzgebung hat solche für die Krankenversicherung eingeführt, indem sie vom Krankheitsbeginne an die Beistellung freier ärztlicher Hilfe mit Inbegriff des geburtshilflichen Beistandes sowie der notwendigen Heilmittel und

sonstigen therapeutischen Behelfe, ferner in gewissen Fällen Krankenhauspflege vorschrieb. Den Krankenkassen verursachte die Beistellung dieser Leistungen ganz außerordentliche Schwierigkeiten. Insbesondere gilt dies im Hinblick auf die notwendige Organisation des ärztlichen Dienstes, der die Kassen zwang, zu den Interessen der Ärzte in einen gewissen Gegensatz zu treten. Denn nach der Vorschrift des Gesetzes sind die Kassen nicht bloß verpflichtet, einen ärztlichen Kontrollapparat einzurichten, dem die Feststellung und Prüfung der Arbeitsfähigkeit der Kassenmitglieder obliegt, sie sind vielmehr im Sinne des Gesetzes genötigt, den ärztlichen Dienst zum Zwecke der Heilbehandlung der Kassenmitglieder zu organisieren. Die Durchführung dieser erweiterten Aufgabe der Krankenkassen liegt sowohl im Interesse der Mitglieder wie auch der Kassen selbst. Der Mitglieder deshalb, weil diese dadurch der ärztlichen Behandlung teilhaftig werden, die sie trotz des Krankengeldes sonst wohl nur in Ausnahmefällen in Anspruch nehmen würden; im Interesse der Kassen, weil sie dadurch die Gewähr erhalten, daß die Arbeitsunfähigkeit nicht über die normalmäßige Dauer ausgedehnt werde. Immerhin ergeben sich hinsichtlich des Ausmaßes der Behandlung in der Praxis für die Kassen sowohl, als auch für die Ärzte gewisse Beschränkungen nicht bloß zeitlicher und quantitativer sondern auch solche qualitativer Natur. Es ist ohne weiteres klar, daß trotz aller Bemühungen der Kassen und der Ärzte eine Art Massenordination eingeführt werden mußte, bei der individuellen Ansprüchen nicht immer in der wünschenswerten Weise Rechnung getragen werden konnte. Daß dies nicht möglich war, lag und liegt weder an den Ärzten noch an den Kassen sondern lediglich an der Unzulänglichkeit der den letzteren zur Verfügung stehenden Mittel sowie an der fehlerhaften Organisation des Kassenwesens, die notwendigerweise eine unökonomische Verwendung der vorhandenen Mittel mit sich bringt. Da, wo es den Kassen durch die Organisation von Verbänden gelang, eine einheitliche Organisation des ärztlichen Dienstes zu schaffen, haben sich auch die Leistungen auf dem Gebiete der Heilbehandlung nicht unwesentlich gebessert.

Im allgemeinen jedoch müssen sich die Kassen und die Ärzte auf ein vom Gesetz und von der Praxis erzwungenes Minimum sowohl hinsichtlich der Leistungen der Kassen an die Ärzte als auch hinsichtlich der Leistungen der Kassen und Ärzte an die Kassenmitglieder beschränken. Der Komplex der Übelstände, wel-

cher sich daraus ergibt, konzentriert sich in der sog. Ärztefrage, deren Wesen nicht bloß in dem Mißverhältnis zwischen den Honoraranforderungen der Ärzte und den Kassenmitteln sondern auch in der Unzufriedenheit der Kassenmitglieder mit der Behandlung durch die letzteren besteht. Nebenher gehen auch die Differenzen, die sich aus den maßgebenden Kompetenzen der Kassenleitungen gegenüber den Ärzten ergeben. Alle diese Schwierigkeiten glauben die Ärzte durch die Einführung der freien Ärztewahl beseitigen zu können, von der sie sich sowohl eine materielle Aufbesserung ihres Einkommens aus dem Titel der Krankenversicherung als auch eine gewisse Unabhängigkeit von den Kassenvorständen versprechen, während die Kassen grundsätzlich an dem System der beamteten Ärzte festhalten und es vermeiden, konkrete Vorschläge zur Reform zu machen.

Was nun die Regierung in ihrem Programm zur Beseitigung dieses Gegensatzes vorschlägt, bedeutet keineswegs die Regelung der Ärztefrage, wiewohl sie es unternimmt, zwischen den beiden Interessentengruppen — Ärzten und Kassen — zu vermitteln. An die materielle Seite der Frage rührt sie nur insofern, als sie sich vorbehält, im „Notfalle", d. h. offenbar wenn eine Einigung zwischen Ärzten und Kassenvorständen nicht anders zu erzielen sein sollte, im Verordnungswege ärztliche Minimal- und Maximaltarife festzusetzen. Es ist nach den bisherigen Erfahrungen mehr als fraglich, ob es gegebenenfalls der Regierung gelingen würde, trotz der vorgeschriebenen Bedachtnahme auf die Wünsche beider Interessengruppen beide zu befriedigen und die Einseitigkeit zu vermeiden. Auch zeigt sich hier eine gewisse Überschätzung des bureaukratischen Systems, die erfahrungsgemäß auf Selbsttäuschung beruht. Wenn auch gegen eine Intervention der Regierung in Streitfällen kaum von irgend einer Seite Einwendungen erhoben werden dürften, so ist es doch mehr als zweifelhaft, ob sich die streitenden Parteien der diskretionären Gewalt der Aufsichtsbehörde vorbehaltlos anvertrauen würden. Im Interesse der Ärzte sowohl wie der Kassen und nicht zuletzt auch in Berücksichtigung der durch die behördliche Autorität zu schützenden Interessen der Kassenmitglieder scheint es deshalb gelegen zu sein, wenn bei der Festsetzung von ärztlichen Minimal- und Maximaltarifen sowie überhaupt bei der Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Kassen diesen selbst der ihnen gebührende Einfluß voll eingeräumt werden würde. Es wäre sowohl überflüssig als schädlich, wenn die Regierung hier eine Verantwortung auf sich laden würde, die besser von den Interessenten allein getragen wird.

Noch mehr dürften sich die Kassen gegen jene Einschränkung ihrer bisherigen Befugnisse aussprechen, die darin besteht, daß die Regierung der Aufsichtsbehörde das Recht einräumt, die Bestellung weiterer Ärzte anzuordnen, wenn die Zahl der Kassenärzte nicht als ausreichend erachtet wird. Woher will die Aufsichtsbehörde die Kenntnis schöpfen, daß in einem bestimmten Falle der ärztliche Dienst unzureichend eingerichtet ist? Ein eventueller Konflikt zwischen Ärzten und Kassen besagt noch nichts. Und es den Ärzten überlassen, ob sie unter gegebenen Umständen ihren Verpflichtungen nach wissenschaftlicher Überzeugung nachzukommen vermögen oder nicht, ist deshalb eine prekäre Sache, weil schließlich das Urteil darüber, ob die Qualität der ärztlichen Behandlung genügt, vor allem auch den Kassenmitgliedern zukommt. Deren Urteil aber gelangt in der Willensäußerung der Kassenvorstände zum Ausdruck und kann nicht leicht durch die letzteren gefälscht werden. Bestimmte Normen lassen sich sonach hinsichtlich der Regelung des ärztlichen Dienstes und der Festsetzung der ärztlichen Honorare nicht aufstellen, weil die Bedürfnisse der Kassenmitglieder von Ort zu Ort wechseln und in den einzelnen Fällen daher individualisierend vorgegangen werden muß. Die Möglichkeit hierzu ist aber der mehr oder minder fernstehenden Aufsichtsbehörde in den meisten Fällen fast völlig benommen und nur den Organen der Kassen gegeben, welche vermöge ihrer Tätigkeit und Funktion in den intimsten Beziehungen zur Kassenmitgliedschaft stehen und deren Bedürfnisse daher am genauesten kennen müssen. Aus diesem Grunde scheint es keineswegs zweckmäßig zu sein, die Kompetenz der Kassenvorstände in diesem Punkte ohne zwingende Not einzuschränken.

Immer wieder muß es daher wiederholt werden, daß die Ärztefrage zum weitaus größten Teil eine materielle Frage ist und daß diese nur durch die Steigerung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kassen gelöst werden kann. Zwar wird ein gewisser Gegensatz zwischen den beiden Interessentengruppen immer fortbestehen. Allein ebenso ausgeschlossen ist es, den Gegensatz aufzuheben, in welchem das Wesen des Versicherungszwanges zur freien Ärztewahl steht. Zwang und Freiheit sind eben nicht bloß begrifflich sondern auch praktisch unvereinbar. Das Interesse der Ärzte liegt deshalb nicht in einer Einschränkung der Kassenbefugnisse und des Versicherungszwanges sondern in der planmäßigen Fortentwicklung der sozialen Versicherung, in der zweckbewußten Organisation des Zusammenwirkens aller Faktoren. Die Aus-

schaltung überflüssiger Regiespesen durch die Beseitigung der Kassenzersplitterung, die Einbeziehung neuer Kreise von Versicherungspflichtigen, die Entlastung der Kassen von Agenden, Aufgaben und Leistungen, die ihnen heute durch ein mangelhaftes Gesetz und durch die Schwierigkeiten der Verhältnisse aufgebürdet sind, werden große Mittel freimachen für die zweckmäßige Ausgestaltung des ärztlichen Dienstes, aber auch für die bessere Dotierung desselben.

Weitaus einfacher liegen die Dinge in bezug auf die Beistellung der Medikamente und therapeutischen Behelfe. Hier besteht das Problem wesentlich darin, durch Herstellung einer eigenen Arzneitaxe für die Krankenkassen diese vor einer übermäßigen Inanspruchnahme zu schützen.

Leider unterläßt es die Regierung vollständig, in dem vorgelegten Programm ihre Absichten in der Arzneifrage anzudeuten. Die Reserve, die sie sich in diesem Punkte auferlegt, wird nur daraus erklärlich, daß die Organisation der Kassen und Verbände künftig gefördert werden soll und daß den Kassenverbänden die Befugnis eingeräumt wird, mit Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern gemeinsam Verträge abzuschließen, sowie Apotheken und Heilanstalten selbst zu errichten. Der Wert dieser Maßregel wird freilich dadurch beeinträchtigt, daß die Errichtung von Kassenverbänden als eine fakultative erklärt wird und daß man von dem Drucke der Verhältnisse eine raschere Entwicklung der Verbandsorganisation erwartet, die teilweise auch die Gegensätze zwischen den verschiedenen Kassenkategorien selbst überwinden soll.

Die Leistungen der Krankenkassen können nicht bloß teilweise, sondern auch ganz in natura beigestellt werden durch die Verpflegung in einem öffentlichen Krankenhause. Die Anordnung hierzu ist nur in bestimmten Fällen (bei Vorhandensein häuslicher Pflege) an die Zustimmung des Kassenmitgliedes gebunden. Eine Erweiterung des freien Dispositionsrechtes der Kassen findet insofern statt, als auch die in häuslicher Pflege befindlichen Kranken selbst gegen ihren Willen in ein Spital gewiesen werden können, wenn sie sich den Anordnungen des Kassenarztes nicht fügen und so den Genesungsprozeß verzögern. Um den Kranken zur Folgeleistung zu zwingen, wird der Kasse die Befugnis eingeräumt, das Krankengeld ganz zu entziehen oder auf die Hälfte zu reduzieren, wenn das Mitglied aus seinem Arbeitsverdienste den Unterhalt für seine Angehörigen bestritten hat. Darnach wird also den Kassen eine Art Disziplinarrecht gegenüber

den Kranken eingeräumt, welches unter Umständen auch deren Angehörige treffen kann. Die Notwendigkeit eines solchen Rechtes im Hinblick auf die Zweckmäßigkeit eines möglichst raschen Heilerfolges, der selbstverständlich vor allem auch im Interesse des Erkrankten gelegen ist, kann wohl nicht geleugnet werden. Allein es ist doch zu erwägen, daß die Art der Behandlung durch die fix besoldeten Kassenärzte eher als das System der freien Ärztewahl zur Spitalspflege zu drängen geeignet ist und daß insbesondere dort, wo infolge der — wenn auch nur vorübergehenden — Überbürdung der Kassenärzte oder durch die Ausdehnung des Kassensprengels die Kontrolle erschwert ist, leicht die Gefahr eintreten kann, daß der Kassenarzt zum Zwecke seiner Entlastung oder auch die Kasse selbst die Spitalspflege anordnet, ohne daß es das Verhalten des Kranken oder die Art seiner Erkrankung unbedingt erfordern würde, ja es ist sogar nicht ausgeschlossen, daß dort, wo der Einfluß der Kassenmitglieder auf die Verwaltung aus irgend welchen Gründen ein schwacher ist und bureaukratische Rücksichten seitens der Aufsichtsbehörde oder finanzpolitische der an der Erhaltung der Spitalspflege interessierten Gemeindeverwaltungen vorwalten, gleichfalls eine ungebührliche Begünstigung der Spitalspflege auf Kosten der häuslichen stattfindet. Es kommt dazu das weitere Moment, daß nach dem Regierungsprogramm die Spitalspflege auch ohne Zustimmung der Kasse in Anspruch genommen werden kann, so daß also die Kassen auch deshalb mehr als bisher für die Erhaltung der Krankenanstalten tributpflichtig gemacht werden können. Endlich ist noch in diesem Zusammenhange festzuhalten, daß die sog. Teilversicherten — das sind die in die Versicherung einbezogenen landwirtschaftlichen Arbeiter sowie die häuslichen Dienstboten und Lehrlinge — überhaupt nur auf die Naturalleistungen Anspruch haben und daß diese, insbesondere die Spitalskosten, demnach in Zukunft absolut und relativ einen weitaus größeren Teil des Kassenaufwandes erfordern werden. Da ferner das Krankengeld und zwar im Gegensatz zur bisherigen Vorschrift nicht bloß bis zur Dauer von 4 Wochen sondern während der gesamten Zeit der Spitalsbehandlung gezahlt werden soll, so ergibt sich auch daraus eine gesteigerte Belastung der Kasse aus dem Titel der Spitalskosten. Dafür sollen freilich die Kassen von der Leistung des Krankengeldes an den Versicherten und zwar auch in den wenigen Fällen, in welchen die Spitalspflege nicht für Rechnung der Kasse erfolgte, vollständig befreit werden. Diese Einschränkung der jetzt geltenden Ansprüche von im Spitale

verpflegten Kassenmitgliedern, die vielleicht versicherungstechnisch und juristisch, keineswegs aber sozialpolitisch begründet werden kann, stellt eine einschneidende Änderung dar, welcher große prinzipielle Bedeutung zukommt. Denn sie besagt nicht weniger, als daß das versicherte Krankengeld kein unbedingter Rechtsanspruch ist, der bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit fällig wird, sondern daß auch die Bedürftigkeit vorhanden sein muß, ein Erfordernis, das bisher in der sozialen Versicherung überflüssig war. Daß sich künftig der Anspruch nicht ausnahmslos auf die Prämienleistung gründen soll, daß in das System der Arbeiterversicherung ein Moment der Armenpflege einbezogen werden soll, bedeutet nun keineswegs eine Ausgestaltung des sozialen Gedankens der Arbeiterversicherung sondern eine Rückbildung desselben. Aber ist es denn wahr, daß die Bedürftigkeit des Spitalkranken eine geringere ist? Die Frage muß bedingungslos verneint werden. In den allermeisten Fällen handelt es sich um ledige Personen, die ohne verwandtschaftliche Hilfe in der Stadt ihr Brot verdienen müssen und in der Regel ganz auf sich allein angewiesen sind. Und diesen soll das restliche Krankengeld nicht ausgefolgt werden? Die Abweichung von der bisherigen Gepflogenheit erscheint mit dem Zwecke der Spitalsbehandlung und mit der ganzen Tendenz der Krankenversicherung nicht vereinbarlich. Denn es ist bekannt, daß viele Spitäler aus naheliegenden Gründen zeitweilig wenigstens auf die möglichst rasche Evakuierung der Kranken bedacht sein müssen und daß der Spitalskranke nach seiner Entlassung in höherem Grade noch als der häuslich verpflegte Kranke einer Art Nachkur bedarf, wenn die Krankheit längere Zeit hindurch angedauert hat und dadurch eine größere Schwächung des Organismus eingetreten ist. Da die vom Programmentwurf vorgesehene Rekonvaleszentenpflege bloß als fakultative, von den Versicherten selbst zu deckende Leistung gedacht ist, kann von einer wirklichen Beeinträchtigung der Interessen der Versicherten gesprochen werden, wenn der Überschuß des Krankengeldes den aus dem Spital Entlassenen, bzw. der ganze Betrag denjenigen, für welche nicht die Kasse aufzukommen hatte, vorenthalten werden sollte. Es ist ein Widerspruch eigener Art, wenn die Regierung die Entziehung des Krankengeldes in diesen Fällen damit motiviert, daß ja die aus der häuslichen Krankenpflege Entlassenen gleichfalls keine weitere Unterstützung ausgefolgt erhalten, obwohl sie sich nicht in einer günstigeren materiellen Lage befinden als jene. Letzteres vorausgesetzt aber nicht zugegeben, würde logischerweise aus dieser An-

sicht bloß folgen, daß auch dieser Kategorie von genesenen Kassenmitgliedern als Ersatz der Rekonvaleszentenpflege noch das Krankengeld für 8 oder 14 Tage ausbezahlt werden sollte.

Es kann hier nicht auf die finanzielle Wirkung der erhöhten Ersatzpflicht der Kasse gegenüber den Spitälern eingegangen werden. Selbst wenn tatsächlich dadurch, daß die Kasse für die gesamte Dauer der Spitalspflege, sofern sie nicht die längste Unterstützungsdauer (1 Jahr) überschreitet, aufzukommen hat, die für den Kranken nachteilige vorzeitige Entlassung aus dem Heilverfahren künftig hintangehalten würde, was freilich im Interesse des Kranken gelegen erscheint, so tritt doch auf der anderen Seite durch die Verlängerung der Ersatzpflicht über die bisherigen vier Wochen eine ganz erhebliche Mehrbelastung der Kasse ein, die dadurch nicht viel geringer wird, daß in Zukunft die Verpflegungsgebühr nur in der Höhe des täglichen Krankengeldes geleistet werden soll. Es ist ja sicherlich erfreulich, daß die unfruchtbaren und zwecklosen, oft sogar auch kostspieligen Verwaltungsstreitigkeiten hinsichtlich des Spitalkostenersatzes künftig entfallen, weil das Moment der Zustimmung der Kassen zur Spitalspflege bedeutungslos wird. Aber die Hauptsache ist das nicht; das Problem liegt vielmehr in der Entlastung der Kassen von den Spitalskosten. Gerade sie sollen aber eine Erhöhung erfahren vor allem durch Verlängerung der Haftung durch Übernahme der Unfälle. Daß sich der Aufwand für Spitalspflege durch Verbesserung des kassenärztlichen Dienstes verringern ließe, ist bei dem System der fix besoldeten Kassenärzte wegen der Kosten nicht gut möglich. Im Gegenteil tritt, wie erwähnt, unter Umständen die Gefahr einer Mehrbelastung für die Kasse auf, wenn die Ärzte in Fällen, wo es der Heilzweck nicht erfordert, Spitalspflege anordnen würden.

Die Mehrbelastung der Kasse aus dem Titel der über die vier Wochen verlängerten Ersatzpflicht gegenüber den Spitälern und durch Übernahme der Unfallverletzungen ist demnach kaum ernstlich zu bestreiten und bedeutet eine prinzipielle Veränderung in der Natur der Krankenversicherung, die nunmehr in höherem Ausmaße für Zwecke der Armenpflege herangezogen werden soll. Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß künftig die Höhe der Verpflegungsgebühr für die Kasse bedeutungslos wird.

Die Tendenz einer Entlastung derjenigen Körperschaften, denen bisher die Erhaltung der Spitäler auferlegt war, tritt noch deutlicher in der Bestimmung hervor, daß die den Landwirten und sonstigen Dienstgebern auferlegte Verpflichtung, für ihr Haus-

gesinde im Falle der Erkrankung die Verpflegung durch vier Wochen entweder selbst oder durch ein Spital besorgen zu lassen, nach dem Programm vollständig auf die Kassen übergehen soll. Nur gegenüber den Gebäranstalten, welche künftig nicht mehr als Krankenhäuser angesehen werden, entfällt die Ersatzpflicht der Kassen, es werden daher die in den Gebäranstalten untergebrachten Wöchnerinnen ihre vierwöchentliche Unterstützung ungeschmälert erhalten.

Neben den obligatorischen Leistungen der Kassen können künftighin auch Rekonvaleszentenpflege und Angehörigenversicherung sowie andere Leistungen vorgesehen werden. Handelt es sich um die Verabreichung von außerordentlichen Unterstützungen, die über das gesetzliche Maß hinausgehen, oder um die Gewährung von Rekonvaleszentenkuren, so ist ein besonderer Fonds zu errichten. Bei der Angehörigenversicherung können freie ärztliche Behandlung mit Inbegriff des geburtshilflichen Beistandes und Beistellung der notwendigen therapeutischen Behelfe bis zur Dauer eines Jahres an die mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalte lebenden Personen verabreicht werden. Auch die Sterbegeldversicherung für die Ehefrau oder Kinder des Versicherten ist zulässig. Die für die Kostendeckung der Angehörigenversicherung erforderlichen Zuschläge zu den Beiträgen der Kassenmitglieder fließen in den Krankenkassenfonds. Infolge der Übernahme der Betriebsunfälle sowie der steigenden Bedeutung der physikalischen Heilmethoden wird künftig die Rekonvaleszentenpflege einen wichtigen Teil der Kassenleistungen ausmachen. Daneben dürfte die Angehörigenversicherung wegen der wachsenden Kostspieligkeit der ärztlichen Behandlung zurückstehen. Heute ist die Beistellung ärztlicher Hilfe und Medikamente an Familienangehörige vorzugsweise bei Betriebskassen eingeführt, wo auf Naturalleistungen mehr Gewicht gelegt wird. Daß aber die Geldleistungen die wichtigeren sind, beweist der erhebliche Prozentsatz von nichtversicherten Personen bei den freien Vereins- und den Bezirkskassen, die auch nach dem Programm allein berechtigt sind, nicht versicherte Personen zur freiwilligen Krankenversicherung zuzulassen.

Das gemischte Unterstützungssystem der Verabreichung von Geld- und Naturalleistungen ist aber nicht bloß in der Krankenversicherung bei Fällen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit sondern auch in der Invaliditäts- und Unfallversicherung bei dauernder Erwerbsunfähigkeit vorgesehen. Die Reichsinvalidenkasse

kann Aufwendungen machen und zwar bezüglich der Versicherten, um drohender Invalidität vorzubeugen, bezüglich der Rentenempfänger, um deren Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen. Zu diesem Zwecke kann der Versicherte in einer Heilanstalt untergebracht werden und zwar soweit es sich um Zeiträume handelt, in welchen die Krankenkasse unterstützungspflichtig ist, unter denselben Voraussetzungen, unter welchen die Kasse berechtigt erscheint, Spitalspflege anzuordnen, im übrigen nur mit Zustimmung des Versicherten. Während der Dauer der Heilstättenpflege ist den Angehörigen des Versicherten eine Unterstützung mindestens in der Höhe des halben Krankengeldes zu gewähren, welches der Lohnklasse entspricht, in die der Versicherte eingereiht ist. Erfolgt die Unterbringung des Versicherten in einer Heilanstalt auf Anordnung der Invalidenkasse, so ist die Krankenkasse von jeder Unterstützungspflicht befreit. Die Verpflegung von Rentenempfängern im Krankenhause, beziehungsweise in der Heilanstalt erfolgt für Rechnung ihrer Rente, jedoch haben Angehörige, zu deren Lebensunterhalt der Rentenempfänger wesentlich beiträgt, Anspruch auf eine Unterstützung in der Höhe der Invalidenrente, die keineswegs den Grundbetrag der dritten Lohnklasse übersteigen darf. An Stelle der Rentenleistung kann mit Zustimmung des Bezugsberechtigten freie Verpflegung in einem Versorgungshause oder in einer ähnlichen Anstalt treten. Ebenso ist es mit Zustimmung des Bezugsberechtigten zulässig, demselben anderweitig den Lebensunterhalt ganz oder teilweise auf Kosten der Rente sicherzustellen. Trunksüchtigen können auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder behördlicher Maßnahmen Beschränkungen auferlegt werden, ohne daß ihre Zustimmung erforderlich wäre.

Analoge Normen berechtigen auch die Unfallversicherungsanstalten zur Einflußnahme auf das Heilverfahren. Grundsätzlich sind die Versicherungsanstalten in jedem Stadium des Heilprozesses befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört, beziehungsweise dem Betriebsunternehmer, der eine nicht vollversicherte oder eine von der Krankenversicherung überhaupt befreite Person beschäftigt, die Krankenfürsorge abzunehmen. Die Unfallversicherungsanstalt übernimmt in solchen Fällen alle Pflichten und Rechte, die das Gesetz den Krankenkassen hinsichtlich der Unterstützung und der Spitalspflege auferlegt. Ist das Heilverfahren abgeschlossen, so kann die weitere Verpflegung in einer Heilanstalt für Rechnung der Unfallrente nur mit Zustimmung des Verletzten erfolgen. Hingegen ist diese Zustimmung nicht er-

forderlich, wenn der Verletzte die Heilung vorsätzlich verhindert oder verzögert. Wenn zur Beurteilung des Rechtsanspruches auf Unfallrente spitalsärztliche Beobachtung notwendig ist, so kann der Verletzte für die Dauer des Erfordernisses in ein Krankenhaus überwiesen werden. Diese Kosten bilden dann einen Teil der Unfallserhebungskosten der Versicherungsanstalt. So wie die Invalidenkasse können demnach auch die Unfallversicherungsanstalten mit Zustimmung des Versicherten Heilstättenpflege zu dem Zwecke anordnen, um drohender Invalidität vorzubeugen. Im übrigen aber bezweckt die Heilbehandlung von Unfallverletzten ebenso wie die Krankenhauspflege von Krankenkassenmitgliedern die Wiederherstellung der Erwerbs-, beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit.

Wir haben schon darauf hingewiesen, daß die Naturalleistungen und damit die Dienste und Aufgaben der Ärzte in Zukunft eine erhöhte Bedeutung erlangen sollen. Die finanzielle Wirkung dieser Tendenz läßt sich natürlich vorläufig noch nicht absehen. Nach den bisherigen Schwierigkeiten zu schließen, die insbesondere die Beistellung der freien ärztlichen Hilfe verursacht und die künftig sich noch steigern dürfte, wäre es übrigens begreiflich, wenn sich innerhalb der Krankenkassen das Bestreben geltend machen würde, an Stelle der freien ärztlichen Hilfe unter gewissen Voraussetzungen ein Geldäquivalent setzen zu können. Es ist bezeichnend, daß sich die Stellung der Ärzte keineswegs gegen die Naturalleistungen richtet; vielmehr sehen die Ärzte sehr wohl ein, daß die obligatorische Beistellung der ärztlichen Hilfe durch die Krankenkassen auch im Interesse der Ärzte selbst gelegen ist, wenigstens soweit Versicherte mit Einkünften bis zu 2400 Kr. jährlich in Betracht kommen. Wogegen sich ihre Einwendungen kehren, ist die Höhe des ärztlichen Honorars und die Art der Berechnung desselben. Die Ärzte übersehen nur, daß ihre Stellung in der Krankenversicherung — so prekär sie auch sein mag — noch immer derjenigen vorzuziehen ist, die sie zum großen Teile vordem, ohne den Versicherungszwang, eingenommen haben, ganz abgesehen davon, daß es sich jetzt um die Anpassung an eine unaufhaltsame Entwicklung handelt. Wenn dies damals nicht so sehr zum Ausdruck kam, so deshalb, weil der Bedarf an Ärzten vor Einführung der staatlichen Versicherung ein weitaus schwächerer war und erst seit dem Inkrafttreten der Versicherungsgesetze an Umfang und Intensität zunahm. Das würde sich auch zeigen, wenn — wie gesagt — die ärztliche Hilfe der Krankenkassen

durch Geldleistungen ersetzt werden würde und die Kassen sich auf die Bestellung einiger weniger Kontrollärzte beschränken könnten, obzwar es gerade die obligatorische Versicherung ist, welche den Bedarf an ärztlicher Hilfe gesteigert hat.

So wichtig nun die Naturalleistungen an sich sind, ebenso verfehlt erscheint es, dieselben zum ausschließlichen Zweck der Versicherung zu machen. Wenn die Einbeziehung der landwirtschaftlichen Dienstboten und des Hausgesindes nur unter dem Gesichtswinkel erfolgen soll, diesen versicherungsbedürftigen Personen die Krankenfürsorge, auf welche sie bereits nach den Gesindeordnungen Anspruch haben, für sie — statt wie bisher bei den Dienstgebern — bei der Krankenkasse sicherzustellen, dann mag dies immerhin einen Vorteil für die Versicherten, jedenfalls für die Dienstgeber, keineswegs aber für die Krankenkassen bedeuten. Ja es muß die Befürchtung ausgesprochen werden, daß die Beschränkung auf die Naturalleistungen dazu mißbraacht werden könnte, um die agrarischen Interessenten auf Kosten der städtischen Dienstgeber zu entlasten. Diese Entlastung könnte um so unauffälliger vor sich gehen, als naturgemäß die Krankenfürsorge für die teilversicherten ländlichen und städtischen Dienstboten fast ausschließlich in der Spitalsverpflegung bestehen und die Erhaltung der Spitäler in Zukunft mehr als bisher den Krankenkassen zufallen wird. Hierbei wird leicht eine Überwälzung der bisher den Landwirten obliegenden Krankenfürsorge für die Allgemeinheit eintreten können, insofern als die Kommunal- und Landeszuschläge, aus welchen teilweise die Erhaltungskosten der Spitäler bestritten werden, mehr die städtische als die ländliche Bevölkerung treffen. Aber von allen diesen Befürchtungen abgesehen, gilt vor allem die Frage, ob durch die Teilversicherung der angestrebte Zweck, die soziale Lage — insbesondere des landwirtschaftlichen Proletariats — zu heben, erreicht wird. Es ist heute ein offenes Geheimnis, daß der große Abstand zwischen dem Standard of life der industriellen Arbeiter und jenem der in der agrarischen Produktion beschäftigten Personen die wesentlichste Ursache insbesondere der Arbeiterflucht vom Lande und des unaufhaltsamen Zuges nach der Stadt ist. Der Mangel an landwirtschaftlichen Arbeitern kann nur durch die vollständige Gleichstellung des agrarischen mit dem industriellen Proletariat behoben werden. Wenn schon hinsichtlich der Arbeiterschutzgesetzgebung und des Arbeiterrechtes eine Ausnahme zu ungunsten der landwirtschaftlichen Arbeiter vorhanden ist, so erklärt sich dies aus der über-

ragenden Machtstellung der Agrarier, die sich weder in bezug auf Koalitionsrechte noch in bezug auf den Arbeitsvertrag Einschränkungen gefallen lassen will. Anders aber liegen die Dinge in der Arbeiterversicherung, wo es sich nicht um das Herrenrecht der Landwirte sondern nur darum handelt, der Wanderbewegung des ländlichen Proletariats, wodurch die vielbeklagte Leutenot entsteht und indirekt die Produktionskosten in der Landwirtschaft verteuert werden, einen wirksamen Hemmschuh anzulegen. Es ist nun für jeden Kenner der Verhältnisse klar, daß durch die Teilversicherung das vorhin gekennzeichnete Ziel nicht erreicht werden wird und daß die überschüssige d. h. die nicht im ständigen Dienst des Landwirts stehende Arbeiterschaft nach wie vor industrielle Arbeitsplätze suchen wird, die nicht nur höhere Löhne sondern auch bessere Arbeitsbedingungen, Koalitionsfreiheit und Versicherung für den Fall der Arbeitsunfähigkeit gewährleisten.

Die Kranken**geld**versicherung soll aber nicht bloß bei den Arbeitern der Landwirtschaft und dem städtischen Hausgesinde sondern bei sämtlichen versicherungsbedürftigen Personen, als Lehrlingen, Volontären und anderen Unmündigen, die wegen noch nicht beendigter Ausbildung einen niedrigen Arbeitsverdienst oder überhaupt keinen Barlohn beziehen, unterbleiben. Und doch ist sie gerade das Wichtigste, sind die Geldleistungen das eigentliche Charakteristische, der Hauptzweck der sozialen Versicherung. Wie verhält sich aber in diesem entscheidenden Punkte das Regierungsprogramm? Es drückt die Geldleistungen herab. Weder die Wöchnerinnen- noch die eigentliche Krankengeldunterstützung erfährt eine Erhöhung. Und doch wäre eine solche dringend geboten, soll der Heilprozeß rasch und vollständig zu Ende geführt und der Zweck der ärztlichen Hilfe wirklich erreicht werden.

Der Wöchnerinnenschutz kann nur wirksam werden, wenn eine sechswöchentliche Fernhaltung von jeder gewerblichen Arbeit gesichert wird; dies aber ist nur möglich, wenn die Wöchnerinnenunterstützung, wenn schon nicht erhöht, so doch von vier auf sechs Wochen verlängert wird. Desgleichen wäre hinsichtlich der Sterbegeldversicherung dem heute schon vielfach empfundenen Bedürfnisse Rechnung zu tragen, daß der Begräbniskostenbeitrag auch nach Erschöpfung des Anspruches auf Krankenunterstützung zu gewähren wäre.

Dafür bringt das Programm eine wichtige Neuerung in der **Fixierung der Krankengelder**, welche für sämtliche Sprengel der Krankenkasse einheitlich festgesetzt werden. Und zwar sollen dieselben betragen in der

Lohnklasse	1	. . . .	40 h
„	2	. . . .	80 „
„	3	. . . .	129 „
„	4	. . . .	200 „
„	5	. . . .	300 „
„	6	. . . .	400 „

Die gewaltige Differenz, die sich zwischen der 1. und 6. Lohnklasse bemerkbar macht und darin zum Ausdruck kommt, daß das Krankengeld in der 6. Klasse zehnmal so groß ist als in der 1. Klasse, deutet die großen Unterschiede an, die bei der Versicherung zu berücksichtigen sind. Das heute übliche Verfahren, die Krankengelder nach dem für jede Arbeiterkategorie behördlich festgesetzten, in jedem Gerichtsbezirk üblichen Taglohn zu bemessen, hat einen wenn auch nur unvollständigen Einblick in die große Mannigfaltigkeit der in Österreich bestehenden Lohnstufen gewährt. Die so gewonnenen Taglohnsätze, welche bloß rohe Durchschnitte der wirklichen Löhne bedeuten, lassen erkennen, daß nicht allein zwischen Stadt und Land, zwischen Osten und Westen Österreichs und zwischen den einzelnen Gewerben und Berufen sondern auch innerhalb derselben Industriegruppen, ja sogar für die Arbeiter derselben Branchen innerhalb eines bestimmten Bezirkes oft ganz erhebliche Unterschiede sich ergeben. Nun hat das System der Lohnklassen sicherlich zahlreiche Vorteile für sich, Vorteile, die sich wesentlich in der administrativen Gebahrung und leichten Handhabung bemerkbar machen. Es soll auch nicht der extreme Standpunkt vertreten werden, daß in der Krankenversicherung der tatsächliche Arbeitsverdienst die Grundlage für die Bemessung des Krankengeldes abgeben soll. Tatsache aber ist, daß der gegenwärtige Zustand in der Krankenversicherung diesem Ideale weitaus näherkommt und sich immer mehr nähert und daß daher die Beschränkung auf sechs Lohnklassen ein ganz ungerechtfertigter Sprung ist, der abgesehen davon, daß dadurch die Arbeiterschaft zu Schaden kommt, auch keineswegs durch die Notwendigkeit der Vereinfachung administrativer Geschäfte begründet werden kann.

Soll daher das System der Lohnklassen den Kassen wie den Versicherten annehmbar erscheinen, so müssen zwischen der niedrigsten und höchsten Lohnklasse, die das Programm fixiert, zahlreiche Übergänge geschaffen werden und — was nicht minder wichtig ist — es wäre, da die unterste Einkommensgrenze für die Versicherungspflichtigen mit 2400 Kr. ohnedies zu niedrig angesetzt ist, die Zahl der Lohnklassen um einige ent-

sprechend höher fixierte Lohnsätze zu vermehren. In der Krankenversicherung müssen die zahlreichen Übergänge, die das Lohnniveau der österreichischen Arbeiter aufweist, weitaus mehr berücksichtigt werden, als dies durch das Programm geschieht. Selbst mit einer Verdreifachung der Lohnklassen wäre dem tatsächlichen Bedürfnisse nicht genügend Rechnung getragen, und es könnte daher eine Abhilfe nur dadurch platzgreifen, daß Lohnsprengel geschaffen werden, die sich mit den Kassensprengeln selbst möglichst zu decken hätten. Auch wäre die Versicherung in einer höheren Lohnklasse als der erforderlichen ausdrücklich als zulässig zu erklären.

Wie in der Krankenversicherung, so erfährt auch in der Unfallversicherung die Grundlage für die Berechnung der Entschädigungen eine vollständige Veränderung. Der Beseitigung des bis jetzt üblichen Taglohnes in der Krankenversicherung folgt die Beseitigung des Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung. Die Grundlage für die Rentenbemessung bildet das tägliche Krankengeld, welches mit 300 multipliziert die jährliche Vollrente ergibt. Da von jeder Lohnklasse nur der mittlere Lohnsatz in Betracht kommt, so bleiben alle Löhne, die sich über diesen mittleren Lohnsatz erheben, außerhalb der Berechnung. Da andererseits die unterhalb des mittleren Lohnsatzes befindlichen Renten eine Steigerung erfahren, könnte man sich mit der einheitlichen Rechnungsgrundlage für Krankengelder und Unfallrenten befreunden, wenn damit wirklich eine Vereinfachung und Erleichterung in der Durchführung des Gesetzes geschaffen werden würde. Allein die Festlegung des Krankengeldes als Grundlage für die Rentenbemessung wird durchaus nicht aus bloß administrativ-technischen Gründen vorgenommen, vielmehr handelt es sich dabei um einen fiskalischen Zweck: die Herabdrückung des Rentenetats der Anstalten. Zu dieser Vermutung führt auch die Tatsache, daß künftig die Renten für teilweise Erwerbsunfähigkeit bloß in fünf Kategorien nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit abgestuft werden sollen. Die Regierung entspricht damit einem Wunsche der Anstalten, die so eine Einschränkung der Sachverständigen-Tätigkeit und in weiterer Folge auch eine Entlastung der Anstalten herbeizuführen beabsichtigt. Die Versicherten jedoch perhorreszieren jede Art von Rentenschematisierung nicht bloß für die qualifizierten sondern auch für die unqualifizierten Arbeiter; sie erblicken darin nur ein Mittel zu dem Zwecke, um Ersparnisse zu erzielen und die Unternehmer zu entlasten.

Die Leistungen der Invaliditätsversicherung sind Renten für die Versicherten und Kapitalsabfertigungen für ihre Hinterbliebenen. An Stelle der Renten kann, wie erwähnt, die Verpflegung in einer Versorgungsanstalt treten. Die Renten setzen sich aus Grundbeträgen und Steigerungsraten zusammen. Die Karenz für die Invaliditätsrente beträgt 200, die für die Altersrente 1200 Beitragswochen. Bloß für die Kapitalsabfertigung der Witwen und Waisen genügt schon eine Beitragsleistung von 40 Wochen. Vom medizinischen Standpunkte wichtig ist, daß die Altersrente vom 65. Lebensjahre an gewährt werden kann und daß die Invalidität dann als eingetreten gilt, wenn der Versicherte durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit, die ihm unter Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes billigerweise zugemutet werden kann, nie mehr $^1/_3$ des Verdienstes erzielt, den körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in der gleichen Gegend zu verdienen pflegen. Die Zuerkennung der Renten erfolgt durch Kommissionen, denen auch Ärzte angehören.

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, die Frage zu untersuchen, ob die Dauer der Karenzfristen und die Höhe der Leistungen den sozialhygienischen Anforderungen entsprechen; es ist dies auch überflüssig, denn man weiß ja, daß lediglich fiskalische und finanzpolitische Gesichtspunkte maßgebend sind. Um so heikler, um so komplizierter und großartiger werden sich künftig die Aufgaben der Ärzte in der Arbeiterversicherung gestalten, um so höher wird ihr Einfluß sein auf das Wohl und Wehe nicht nur der Millionen Versicherter, sondern auch ihrer Familien und der öffentlichen Versicherungskorporationen, innerhalb deren Organisation die Ärzte eine bedeutungsvollere Rolle als bisher einzunehmen berufen sind.

Stimmen aus den Grenzgebieten der Medizin und Volkswirtschaft.

Es ist eine dringliche Forderung der Sozialen Hygiene, daß die Wehrfähigkeitsstatistik so ausgestaltet wird, daß sie als ein Gradmesser der Volksgesundheit und als eine Darstellung des Status praesens der biologischen Qualitäten der gesamten Nation angesehen werden kann. Wieweit sie gegenwärtig noch davon entfernt ist, dafür liefern folgende Äußerungen des Münchener Nationalökonomen L. Brentano,[1]) die auch dem Hygieniker zu denken geben, den Beweis: „Während des Streites um den Zolltarif wurde immer und immer wieder betont, daß die Wehrkraft Deutschlands bedroht sei, wenn nicht durch hohe Agrarzölle der fortschreitenden Industrialisierung Deutschlands Einhalt geschehe. Am 9. März 1892 behauptete Professor Sering im deutschen Landwirtschaftsrat, daß die „Industriestädte im Verhältnisse zu ihrer Bevölkerung weniger als ein Drittel so viel waffenfähige Männer stellen als die rein ländlichen Distrikte". Das Gerede von einer um 200 Proz. höheren Tauglichkeit der landwirtschaftlichen Wehrpflichtigen wurde fortan ein beliebtes Argument im Kampfe um höhere Getreidezölle, und selbst Graf Posadowsky hat sich auf die Ergebnisse der Heeresergänzungsstatistik berufen, um an der Hand der Tauglichkeitsziffern die Unentbehrlichkeit höherer Getreidezölle zu beweisen. Als ich das Unhaltbare dieser Behauptungen nachwies, wurde ich von dem gesamten Agrariertum bald wie ein Verbrecher, bald wie ein Monomane behandelt. In Naumanns „Patria" für 1906 habe ich über den ganzen „Streit über die Grundlage der deutschen Wehrkraft" kritisch berichtet. Ich habe keinen Anlaß, darauf zu-

[1]) Berliner Tageblatt vom 23. Februar 1907.

rückzukommen, und möchte nur dem norddeutschen Leser mitteilen, daß die soeben veröffentlichte bayerische Heeresergänzungsstatistik, die einzige, die bisher den Beruf der Eltern der Rekruten berücksichtigt, die überraschenden Aufschlüsse, welche schon die Erhebungen für die Jahre 1902 und 1903 gegeben hatten, auch für das Jahr 1904 bestätigt.[1]) Man hat von agrarischer Seite nämlich stets behauptet, wenn die nicht überwiegend agrarischen Gegenden heute die größere Rekrutenzahl lieferten, so dankten sie dies nur der Zuwanderung von der Landwirtschaft zu den anderen Berufsarten. Nun gehörten im Jahre 1882 noch 50,89 Proz. der bayerischen Bevölkerung der Landwirtschaft an. Danach hätte also in den Jahren 1902, 1903 und 1904 mehr als die Hälfte der bayerischen Rekruten von landwirtschaftlich tätigen Eltern abstammen müssen. Statt dessen stammten

im Jahre	von landwirtschaftlich tätigen Eltern	von anderweitig tätigen Eltern
1902	14 949	17 582
1903	14 782	15 293
1904	14 539	15 758
Summa	44 270	48 633

In den drei Jahren 1902/04 wurden in Bayern also 92 903 Rekruten eingestellt. Nach der Berufsverteilung ihrer Eltern zur Zeit ihrer Geburt hätten davon 47 278 von landwirtschaftlich tätigen und nur 45 625 von anderweitig tätigen Eltern abstammen müssen. Weit entfernt, daß jene agrarische Behauptung ihre Bestätigung fände, ist die Landwirtschaft um 3008 hinter dem, was von ihr an Rekruten zu erwarten war, zurückgeblieben. Die nicht landwirtschaftliche Bevölkerung Bayerns war in dem, was sie an Rekruten zur Wehrkraft des Reiches geleistet hat, der landwirtschaftlichen überlegen. In der „Nation“ vom 10. März 1906 habe ich schon gezeigt, daß der Fehlbetrag der Landwirtschaft nicht auf solche bayerische Landesteile beschränkt ist, die sich durch besondere Rasseeigentümlichkeiten und örtliche Verhältnisse von anderen unterscheiden. Die folgende Tabelle zeigt, daß auch die neueste Heeresergänzungsstatistik dies bestätigt.

Hätte Fürst Bülow nicht die Erhebung über den Beruf der Eltern der Rekruten als staatsgefährlich verweigert, so wüßten wir nicht nur für Bayern sondern auch für das ganze Reich Bescheid.

[1]) Vgl. Zeitschrift des kgl. bayerischen statistischen Bureaus, Jg. 38, S. 249.

Es betrug 1882 die landwirtschaftl. Bevölkerung in Prozenten der Gesamtbevölkerung in		Von den eingestellten Rekruten stammten von landwirtschaftlich tätigen Eltern								plus od. minus 1902 bis 1904
		1902		1903		1904		1902—1904		
		absol.	%	absol.	%	absol.	%	absol.	%	
Oberbayern	44,63	2719	42,26	2657	49,62	2311	46,24	7687	45,79	+1,16
Niederbayern	62,38	1824	62,72	2380	64,22	2385	64,52	6589	63,87	+1,49
Pfalz	46.63	2054	39,09	1586	38,83	1483	33,81	5123	37,32	—9,31
Oberpfalz	57,73	1231	51,55	1491	52,85	1680	53,86	4402	52,85	—4,88
Oberfranken	47,45	1518	41,95	1481	38,34	1514	42,79	4513	41,05	—6,40
Mittelfranken	43,02	1591	37,46	1437	41,96	1398	40,06	4426	39,66	—3,36
Unterfranken	56.17	1884	50,83	1881	51,09	1975	50,01	5740	50,63	—5.54
Schwaben	53,47	2128	53,54	1869	59,14	1793	57,37	5790	56,53	+3,06
Königreich	50,89	14949	45,95	14782	49,15	14539	47,98	44270	47,65	—3,24

Daß dieser nicht im Sinne der Agrarier ausfallen dürfte, zeigt, daß selbst einer meiner heftigsten Gegner, Professor Ballod soeben in Schmollers Jahrbuch 1907, Seite 385 eingeräumt hat, daß „die Verhältnisse sich mit jedem Jahre mehr zugunsten der industriefreundlichen Auffassung verschieben“ und für 1902/05 nicht mehr behauptet werden könne, daß die Mehrzahl, mindestens aber die Hälfte aller Rekruten aus der Landwirtschaft stammen. Würde eine Erhebung für das ganze Reich korrekt durchgeführt, so bin ich überzeugt, daß meine Behauptung, nur mehr ungefähr ein Drittel der als tauglich befundenen Abgefertigten kämen aus der Landwirtschaft, etwa zwei Drittel aus anderweitigen Beschäftigungen, volle Bestätigung finden würde. Nun hat der Reichskanzler schließlich doch den Einwand der Staatsgefährlichkeit fallen lassen, und es sind im Jahre 1906 auf Veranlassung des Reichsamts des Inneren Erhebungen veranlaßt worden, um auch für das preußische Kontingent die Abstammung der Rekruten zu ermitteln. Auch für das sächsische und württembergische Kontingent sollen solche Erhebungen stattfinden. Etwas auffallend ist dabei, daß die gesamte Verarbeitung — auch für Bayern, Sachsen, Württemberg — weder dem kaiserlichen statistischen Reichsamt noch den betreffenden Landesämtern sondern dem preußischen statistischen Landesamt übertragen worden ist. Da sitzen allerdings Herren, die sich bisher am zähesten dagegen gesträubt haben, die Veränderungen in der Zusammensetzung der deutschen Wehrkraft, wie sie sich als naturgemäße Folge der veränderten Berufsgliederung ergeben, anzuerkennen. Allein davon abgesehen, dürfte die ganze Art der Erhebung, wie sie angeordnet ist, nicht geeignet sein, die Entscheidung der Frage nach dem Einfluß des Berufes auf die Tauglichkeit irgend zu fördern. Es ist nämlich angeordnet, daß die Erhebungen

über die Abstammung der Rekruten nicht etwa wie in Bayern bei der Aushebung sondern bei den bereits eingestellten Mannschaften vorgenommen werden soll. Auf diese Weise läßt sich zwar die tatsächliche Zusammensetzung von Heer und Marine feststellen, aber alle die Tauglichen, die wegen bürgerlicher Verhältnisse oder als Überzählige nicht eingestellt worden sind, bleiben dabei außer Betracht. Die Zahl der so nicht Eingestellten betrug für Heer und Marine im Jahre 1904 nicht weniger als 14185 auf 286748, das heißt nahezu 5 Proz. der an sich Tauglichen. Für die Frage der an sich Tauglichen muß eine derartige Erhebung völlig irreführende Ergebnisse bieten. Einen drastischen Beleg dafür bieten die Erfahrungen, die ich bei Ausarbeitung meines in der „Patria“ veröffentlichten Aufsatzes bezüglich der Tauglichkeitsziffern von München und Nürnberg gemacht habe. Ich fand für das Jahr 1902 für München A eine Tauglichkeitsziffer von 57,30 Proz., für München B eine von nur 49,44 Proz., für Nürnberg A eine von 59,51 Proz., für Nürnberg B nur von 41,52 Prozent. Mein erster Gedanke war, daß es sich in beiden Städten bei B um verwahrloste Viertel handle. Allein auf Erkundigung wurde mir mitgeteilt, bei beiden Städten umfaßten die Aushebungsbezirke A die Wehrpflichtigen mit den Anfangsbuchstaben A bis K, die Bezirke B der von L bis Z. Da man am Beginn des Aushebungsgeschäfts das Verhältnis des Vorrats zum Bedarf nicht zu überblicken vermag, wird der Arzt, um dem Bedarf unter allen Umständen zu genügen, gar oft in die Zwangslage versetzt, im Verlauf der Aushebung den Maßstab seiner Beurteilung zu verschieben. So kam es, daß mehr Träger von Namen, die mit A bis K angehen, eingestellt wurden als Träger von Namen, die mit L bis Z beginnen. Unter den letzteren fanden sich aber wahrscheinlich ebensoviel Taugliche wie unter den ersteren. Diese Einwirkung des Verhältnisses von Bedarf und Vorrat, macht sich, wie ich in der „Nation“ vom 10. März 1906 ziffernmäßig dargetan habe, besonders geltend je nach der Dichtigkeit der Bevölkerung der verschiedenen Landesteile. Je größer die Zahl der Tauglichen ist im Verhältnis zur Zahl der Rekruten, die notwendig eingestellt werden müssen, um die Cadres zu füllen, desto größer ist auch die Zahl der wegen bürgerlicher Verhältnisse oder als Überzählige dem Landsturm und den Ersatzreserven überwiesenen. Bei der Erhebung der Herkunft der Soldaten bei der Truppe, wie sie angeordnet worden ist, werden die dünner bevölkerten agrarischen Gegenden einen größeren, die dichter bevölkerten industriellen Gegenden einen geringeren

Prozentsatz von Truppen aufweisen, als ihnen wirklich zukommt. Das Ergebnis wird ein falsches Bild sein.

Die wirkliche Tauglichkeitsziffer ist aber von der größten Bedeutung nicht nur in militärischer Beziehung sondern mit Rücksicht auf die gesamte Volkswohlfahrt. Unser gesamtes Leben ist in der lebhaftesten Umgestaltung begriffen. Neue Berufsverhältnisse, neue Arbeitsbedingungen, neue Wohnverhältnisse, neue Erziehungsweisen, neue Erholungen sind an die Stelle der alten getreten, und Tag für Tag treten neue Änderungen ein und werden die Änderungen größer. Im Anschluß daran ist die Volkshygiene in den Vordergrund getreten. Aber wie können wir zu richtigen Vorbeugungsmitteln eintretender Verschlechterungen gelangen, so lange unsere Methoden zur Feststellung des Übels, seiner Ausbreitung und seiner Ursachen so entsetzlich mangelhafte sind. Schon vor Jahren hat der Münchener Hygieniker, Obermedizinalrat Professor Dr. Gruber in seiner Schrift „Schulärzte", München 1905, die Notwendigkeit betont, den Gesundheitszustand aller Schüler beim ersten Eintritt in die Schule festzustellen und bis zum endgültigen Austritt fortzuführen. Der Lehrer hätte dann hinzuzufügen den Beruf der Eltern, ihre Wohnweise, ihre wirtschaftlichen Verhältnisse, soweit sie ihm zur Kenntnis kommen. Bei der Gestellung zur Leistung der Wehrpflicht brächte der Wehrpflichtige dieses Zeugnis mit. Es würde dem Arzt das Urteil über den physischen Wert des Rekruten erleichtern, während der flüchtigen Besichtigung, wie sie heute bei der Gestellung der Wehrpflichtigen stattfindet, eine höhere Bedeutung nicht zukommt. Außerdem wäre bei dieser Gelegenheit festzustellen, was der Wehrpflichtige in der Zeit zwischen der Entlassung aus der Schule und seiner Stellung zum Heeresdienst getrieben und wo er sich aufgehalten hat, und seine Körperbeschaffenheit wäre aufs neue festzustellen. Das letztere dann wieder nach Ableistung der Wehrpflicht durch den Militärarzt. Endlich ließe sich der Soldat bei seinem Übergang zur Landwehr unter Feststellung von Beruf und Wohnort einer Prüfung unterwerfen. Erhalte dann ein zentrales Amt diese Materialien, so wären wir imstande, nicht nur zuverlässige Aufschlüsse über die Einwirkung der verschiedenen Berufe, des Wohnorts, der Rasse zu geben, sondern dann erst könnten auch wirksame Mittel zur Behebung von Mißständen in Angriff genommen werden. Dann würde auch klar werden, warum reinagrarische Gegenden wie Niederbayern, die Oberpfalz und andere so schlechte Tauglichkeitsziffern aufweisen, und eine energische

Wohlfahrtspflege auch auf dem Lande könnte mit Aussicht auf Erfolg stattfinden.

In England hat eine aus Vertretern der verschiedenen Ministerien zusammengesetzte Kommission schon im Jahre 1904 die Einsetzung eines solchen anthropometrischen Amtes gefordert. Deutsche Ärzte, wie A. Grotjahn, haben das gleiche für Deutschland angeregt. In der Tat wäre bei uns, wo der Staat den Menschen von der Wiege bis zum Grabe wiederholt in die Hand bekommt, — zuerst vermöge des Impfzwanges, dann in der Schule, dann bei Leistung der Dienstpflicht, viel später wieder als Landwehrmann — die Beschaffung des Materials für ein derartiges Amt weit leichter sein als in England. Wird sich nicht endlich im Reichstag ein Abgeordneter finden, welcher, sei es bei der Beratung des Etats des Reichsamts des Inneren, sei es bei der des Militäretats, auf das völlig Unzuverlässige unserer bisherigen Heeresergänzungsstatistik hinweist und zur Abhilfe die Errichtung eines derartigen Amtes verlangt?"

Der zurzeit amtierende preußische Minister des Inneren, v. Bethmann-Hollweg, der schon als Oberpräsident anläßlich der Verhandlungen der Berlin-Brandenburger Ärztekammer sozialmedizinisches Verständnis an den Tag legte, äußerte sich über die Bekämpfung der Prostitution in der Sitzung des preußischen Abgeordnetenhauses vom 21. Februar 1907 folgendermaßen: „Zum Schluß will ich noch auf die Prostitutionsfrage eingehen. Allerdings nur kurz. Nicht um deswillen, weil dieses Gebiet an sich ein heikles ist. Eigentlich ist es ja heikel nicht sowohl wegen des Gegenstandes, um den es sich handelt, als wegen der persönlichen Heuchelei, mit der wir vielfach an diese Dinge herantreten. Es handelt sich hier um einen Gegenstand, welcher so tief in die allerverschiedensten Zweige des Lebens eingreift und so sehr beeinflußt wird durch die verschiedensten, nach allen Richtungen hin differenzierten Lebensverhältnisse der einzelnen, daß man immer nur ein unvollständiges Bild von der Sache geben kann. Ich will deshalb denjenigen Punkt herausgreifen, der, wie mir scheint, der wichtigste und der praktischste ist. Der Herr Abgeordnete Münsterberg hat das Reglementierungswesen, die polizeiliche Kontrolle bemängelt. Aber er hat gleichzeitig auf diejenige Quelle hingewiesen, aus der alle die von ihm gerügten Mißstande hervorgehen. Das ist unsere Gesetzgebung. Ich kann in dieser Be-

ziehung nur meine persönliche Überzeugung aussprechen, und auch die Kritik, die ich an dieser Gesetzgebung ausübe, bitte ich als eine persönliche aufzufassen. Der Herr Abgeordnete Münsterberg hat meines Dafürhaltens sehr treffend und klar hingestellt, daß das System unseres Reichsstrafgesetzbuches ein unlogisches und verworrenes ist. Ich neige persönlich der Ansicht zu, daß wir uns einem System werden nähern müssen, wie es beispielsweise gegenwärtig in Dänemark eingeführt ist, und welches absieht von der Reglementierung, aber die gefährlichsten Auswüchse der Prostitution in moralischer und hygienischer Beziehung durch verschärfte Strafbestimmungen zu beseitigen trachtet. Es kommt eben dabei in Betracht, daß gerade über den vorliegenden Gegenstand die Ansichten nicht nur in moralischer, sondern auch in hygienischer Beziehung so außerordentlich auseinandergehen, daß es sehr schwierig ist, eine Übereinstimmung herbeizuführen. Trotzdem bleibt es unzweifelhaft, daß bei einer neuen Formulierung der betreffenden Paragraphen des Strafgesetzbuches unter allen Umständen rekurriert werden muß auf die Ansichten derjenigen Leute, die sich bei uns seit Jahrzehnten in freier Weise speziell dem Studium dieser Angelegenheiten mit Kopf und Herz hingegeben haben. Aber auch wenn wir zu einer neuen Gesetzgebung auf diesem Gebiete gekommen sein werden, so werden wir immer noch nicht oder noch nicht wieder im Paradiese leben. Auch hier kann die Gesetzgebung nur Schranken wegräumen, sie kann nur einen allgemeinen Rahmen aufstellen, der nachher in der freien Tätigkeit der Gesellschaft und durch die richtig geleiteten Anschauungen des Volkes mit Leben erfüllt werden kann. Mittelbar können wir unzweifelhaft unendlich viel tun. Im ganzen werden alle Bestrebungen, welche den Kampf gegen die Prostitution unterstützen sollen, meines Dafürhaltens von dem einen Gedanken getragen sein müssen, daß es sich darum handelt, die körperliche und sittliche Selbstachtung bei beiden Geschlechtern zu heben. Wie dies im einzelnen geschehen soll, darüber kann ich mich hier nicht verbreiten. Aber es sind sehr praktische Dinge, durch die es geschehen kann, praktische Dinge, die auf dem Gebiete des Unterrichtswesens, die auf dem Gebiete des Fortbildungsschulwesens, auch auf dem Gebiete der Beförderung des Sportlebens liegen. Ich glaube, daß in dieser Beziehung gar nicht genug geschehen kann, um unsere Jugend abzuhalten von Vergnügungen, die nichts taugen, und um die überschüssige Kraft, die in der Jugend lebt, auf ein Gebiet zu lenken, wo sie in der Stählung von Körper und Geist zum Ausdruck kommt.

Eine bedeutungsvolle Aufgabe unserer Kommunen ist es, nach dieser Richtung hin die bereits vorhandenen Bestrebungen im Volke auf das nachdrücklichste zu unterstützen durch die Schaffung von Spielplätzen, von Turnplätzen, eventuell auch durch die Begünstigung von Sportvereinen, durch die Anregung zu Wettkämpfen, wie wir sie aus England und aus Amerika kennen. Wenn in allen diesen Richtungen mit wirklicher Energie gearbeitet wird, dann wird auch mittelbar auf demjenigen Gebiet, von dem ich ausgegangen bin, geholfen werden können. Wenn es gelingt, die freie Tätigkeit der Gesellschaft in den Dienst dieser Sache zu stellen, die Anschauung des Volkes in dem von mir bezeichneten Sinne mehr und mehr zu läutern, und wenn dann durch eine anderweite Gesetzgebung diejenigen üblen Einrichtungen beseitigt werden können, unter denen wir gegenwärtig kranken, dann wird es, wie ich hoffe — und mein Streben wird jedenfalls innerhalb meines Ressorts dahin gerichtet sein — mit der Zeit, vielleicht mit immer wiederkehrenden Rückschlägen, gelingen, die bösesten, Körper und Geist des Volkes vergiftenden Auswüchse einer Naturmacht zu beschränken, der wir am letzten Ende doch alle Leben und Kraft, Lust und Leid, Arbeits- und Schaffensfreudigkeit verdanken."

Der Vorstand der badischen Fabrikinspektion, K. Bittmann, klagt in seinem Buche „Hausindustrie und Heimarbeit im Großherzogtum Baden zu Anfang des XX. Jahrhunderts" über das mangelnde sozialpolitische Verständnis der Ärzte folgendermaßen: „Rundfragen bei einer größeren Anzahl von Ärzten, bei denen nach Mitteilung der Bezirksärzte Kenntnis der hausindustriellen Verhältnisse vorausgesetzt werden konnte, brachten mäßige Ausbeute. Die meisten schwiegen, andere antworteten knapp, eine Minderzahl erteilte eingehendere Auskünfte, die zum Teil Verwendung fanden. Einen besseren Erfolg hatte die Rundfrage bei Geistlichen der Hausindustriebezirke."

Medizinalstatistische Daten.

1. Die Häufigkeit der Phosphornekrose in den böhmischen Zündholzfabriken.

Nach L. Teleky (Ein Beitrag zur Kenntnis der Verbreitung der Phosphornekrose Wien. klin. Woch. 1906 S. 1063) sind die amtlichen Angaben über das Vorkommen der Phosphornekrose ganz unvollständig. Er hat daher in einem kleinen Gebiet, dem Zentrum der böhmischen Zündholzindustrie mit Hilfe der Arbeiterschaft alle Fälle zu ermitteln gesucht; die in Frage kommenden acht Fabriken liegen alle am Nordabhang des Böhmerwalds, in den Bezirkshauptmannschaften Prachatitz und Schüttenhofen und gehören in den Gewerbeaufsichtsbezirk Budweis; von den Fabriken waren zur Zeit der Untersuchung nur 4 in Betrieb, 2 kommen nicht in Betracht, weil in ihnen seit 1897 bzw. 1899 nicht mehr gearbeitet wurde, in 2 anderen datierte der Betriebsstillstand aus den Jahren 1904 bzw. 1906. In den Jahren 1896 bis Mitte 1906 wurden Erkrankungen an Phosphornekrose von Teleky konstatiert

Fabrik	Arbeiterzahl	männlich	weiblich
Winterberg	ca. 100	2	4
Kaltenbach	ca. 40	4	10
Ferchenhaid	40—50	2	4
Bergreichenstein	70—80	5	3
Schüttenhofen (obere Fabrik)	ca. 400	4	—
Schüttenhofen (untere Fabrik)	700—800	8	—
zusammen	ca. 1400	25	21

Neun von den Erkrankten waren zur Zeit der Aufnahme schon gestorben, 31 hat Teleky selbst untersucht. Im ganzen Gewerbeaufsichtsbezirk Budweis, in welchem noch 6 andere Betriebe liegen, konnten vom Gewerbeinspektor 1896—1905 nur 19 Fälle festgestellt werden.

2. Befreiung der Schüler vom Turnen in Budapest.

In Budapest werden seit 1892 statistische Notizen über die Schüler der kommunalen Elementarschulen (Volksschulen) gemacht, die vom Turnen befreit werden. Bis zum Jahre 1906 sind alle Schüler der elementaren Knabenschulen von der dritten Klasse aufwärts turnpflichtig, von jetzt an alle Klassen der

Elementarschulen, auch die Mädchenklassen (nach privater Mitteilung von Prof. G. Thirring, dem Direktor des Kommunalstatistischen Bureaus in Budapest). Nach den statistischen Jahrbüchern der Haupt- und Residenzstadt Budapest (letzte Mitteilung Jahrgang 1904, Budapest 1906 S. 279) war

	1892/93—1895/96	1896/97—1899/1900	1900/01—1903/04
die mittlere Zahl der turnpflichtigen Kinder	11 246	15 245	18 692
auf 1000 Knaben waren befreit			
vom Geräteturnen	16,7	9,2	6,6
vom Turnen überhaupt	33,3	30,9	23,0
zusammen	50,0	40,1	29,6

Wie man sieht, wird der Prozentsatz der vom Turnen befreiten Knaben von Jahr zu Jahr kleiner, was sicher nicht bloß auf einer Besserung der körperlichen Beschaffenheit des Schülermaterials beruht, sondern auch auf der in Schule und Haus mehr und mehr eindringenden Erkenntnis von dem Wert des Turnens für die physische Kräftigung der Kinder.

Auch über die Art der Gebrechen und Krankheiten, die Dispensation vom Turnen bedingen, werden Angaben gemacht. Unter 1000 turnpflichtigen Knaben wurden vom Turnen befreit wegen folgender Leiden

	1892/93—1895/96	1896/97—1899/1900	1900/01—1903/04
Knochenkrankheiten	6,7	5,3	4,3
Rachitis, Skrofulose	3,3	3,3	2,4
Verkrümmung der Wirbelsäule	2,6	2,9	2,0
Gelenksleiden	4,4	4,4	2,9
Blutarmut	5,7	3,4	2,6
Organische Herzleiden	3,2	3,1	2,4
Allgemeine körperliche Schwäche	5,7	2,8	1,2
Atmungsstörungen	1,0	1,2	0,7
Brüche	5,4	7,0	6,2
Ohrenleiden	1,4	0,9	0,6
Augenleiden	4,0	0,9	0,9
Nervenleiden	2,0	1,9	1,4
Andere Krankheiten	4,6	3,0	2,0
zusammen	50,0	40,1	29,6

Abgesehen von den Brüchen zeigt sich bei allen Leiden eine Abnahme der vom Turnen Befreiten, besonders auffallend ist sie bei der allgemeinen körperlichen Schwäche und bei den Augenleiden (sicherlich zum größten Teil Kurzsichtigkeit).

3. Tuberkulose und Wohlhabenheit.

Seit einer großen Reihe von Jahren werden in Hamburg Erhebungen über den Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Wohlhabenheit angestellt. Diese bewegen sich in doppelter Richtung; einerseits wird für die einzelnen Stadtteile das Durchschnittseinkommen und die Tuberkulosesterblichkeit ermittelt, andererseits werden die an Tuberkulose Gestorbenen nach ihrem Einkommensteuerverhältnis zu den Steuerzahlern überhaupt in Beziehung gesetzt. In der folgenden

Tabelle ist für die einzelnen städtischen Bezirke das jährliche Einkommen pro Kopf der Bevölkerung im Jahre 1903 und die Zahl der Sterbefälle an Lungentuberkulose auf 10000 Einwohner 1901—1905 nach dem Bericht des Med.-Rats über die medizinische Statistik des hamburgischen Staates für das Jahr 1905 (Hamburg 1906 S. 3 und S. 48) mitgeteilt.

	Einkommen	Phthisis-Sterbefälle		Einkommen	Phthisis-Sterbefälle
Harvestehude	3179	6,3	Eimsbüttel	573	15,6
Rotherbaum	2345	8,7	Altstadt-Nord	562	23,2
Hohenfelde	1368	10,7	Eppendorf	518	12,9
Winterhude	1003	10,1	St. Pauli-Nord	506	16,5
Uhlenhorst	945	15,9	Horn	429	14,8
St. Georg-Nord	808	15,9	St. Pauli-Süd	428	21,2
Eilbeck	752	12,2	St. Georg-Süd	425	16,4
Altstadt-Süd	726	17,3	Barmbeck	378	18,2
Hamm	713	12,2	Neustadt-Süd	375	19,8
Borgfelde	624	16,2	Veddel	374	12,9
Neustadt-Nord	616	21,4	Bilwärder Ausschlag	323	14,7

Die günstige Stellung der reichsten Bezirke bezüglich der Tuberkulosesterblichkeit geht aus dieser Tabelle deutlich hervor, schon vom Bezirk Uhlenhorst an ist aber ein Zunehmen der Tuberkulosesterblichkeit mit der Abnahme des Durchschnittseinkommens nicht mehr deutlich zu erkennen; die Ursache liegt jedenfalls darin, daß in diesen Bezirken Reiche und Arme gemischt wohnen. In der ganzen Stadt Hamburg betrug die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht auf 10000 Einwohner 16,8.

Sehr deutlich zeigt sich die große Höhe der Tuberkulosesterblichkeit bei den weniger Bemittelten in der folgenden Tabelle (nach S. 50 des genannten Berichts); bei den Sterbefällen sind die der Angehörigen eingeschlossen.

Einkommen	Steuerzahler 1903	Auf 10000 Lebende Sterbefälle an Lungenschwindsucht 1901—1905
900— 1 200 M.	71 526	48,2
1 200— 2 000 „	48 855	44,7
2 000— 3 500 „	21 397	27,4
3 500— 5 000 „	8 342	25,2
5 000—10 000 „	7 764	11,2
10 000—25 000 „	4 210	13,9
25 000—50 000 „	1 411	9,4
über 50 000 „	938	4,2

Die Unregelmäßigkeit bei den reichen Gruppen hängt damit zusammen, daß es sich um eine verhältnismäßig kleine Zahl von Sterbefällen handelt.

4. Die Pellagra im österreichischen Küstenlande.

Nach dem „Sanitätsberichte des österreichischen Küstenlandes für die Jahre 1901—1903“ von A. Bohata und J. Tamaro (Triest 1905) zeigt die Pellagra im Bezirk Gradiska, in welchem sie endemisch ist, seit mehreren Jahren eine be-

trächtliche Zunahme; 1901 betrug die Zahl der in diesem Bezirke nachgewiesenen Pellagrösen 860 (= 15,8 auf 1000 Einwohner der befallenen Gemeinden), 1903 dagegen 1098 (=18,8). Das weibliche Geschlecht und die Kinder sind am meisten befallen; es waren erkrankt

	Männer	Weiber	Kinder
1901	239	397	224
1902	234	420	324
1903	236	447	415

Die kleine Zahl der männlichen Erkrankungen beruht nach dem Bericht auf dem Umstande, daß die männliche Bevölkerung den deletären Einflüssen absoluter Maisnahrung weniger ausgesetzt ist, bei den Frauen dagegen untergraben außer der ungenügenden Ernährung mit verdorbenem Mais der dauernde Aufenthalt in elenden Hütten und die Schwangerschaften die Widerstandskraft. Der eigentliche Herd der Pellagra ist der Gerichtsbezirk Cervignano, wo 1903 28,8 unter 1000 Einwohnern befallen waren, hier tritt zu den genannten Schädlichkeiten die Malaria, die in diesem Gebiet endemisch ist. Von den 1900 bekannten Pellagrösen sind 1901—1903 119 genesen und 147 gestorben, in Irrenanstalten wurden in den drei Jahren 16 Erkrankte abgegeben. Die getroffenen bzw. vorgeschlagenen Maßnahmen bestehen in Verabreichung von reichlicher und geeigneter Nahrung in sanitären Küchen (Locande sanitarie) und in der Beseitigung von ungesundem Mais aus der Volksernährung.

5. Häufigkeit einiger epidemischer Krankheiten in englischen Großstädten.

Dem 13. Medizinalbericht von London (Report of the Public Health committee of the London county council fo the year 1904, London 1906) sind die folgenden Ziffern der Todesfälle an einigen epidemischen Krankheiten in den englischen Städten mit mehr als 200000 Einwohnern während des Jahres 1904 entnommen:

Städte mit über 200000 Einw.	Sterblichkeit	Kinder-sterblichkeit	Auf 10000 Einwohner Sterbefälle an						
			Pocken	Masern	Scharlach	Diphtherie	Keuchhusten	Diarrhoe	Typhus, unbest. Fieber
London	16,6	14,6	0,1	4,9	0,8	1,6	3,3	10,4	0,7
Liverpool	22,6	19,6	0,0	9,4	2,0	2,7	5,8	25,2	1,5
Manchester	21,3	18,7	0,2	7,6	1,5	1,7	5,0	13,7	1,2
Birmingham	19,9	19,7	—	3,8	1,2	2,4	8,5	17,6	0,7
Leeds	18,0	17,5	0,0	7,6	1,3	1,0	4,7	9,9	1,1
Sheffield	16,8	15,8	0,0	0,8	2,0	1,1	3,4	13,5	1,2
Bristol	15,6	13,4	0,0	3,0	1,1	3,0	3,4	5,1	0,8
West Ham	16,5	16,2	0,0	6,0	1,4	1,5	3,5	20,8	1,1
Bradford	17,6	16,6	0,1	5,2	1,5	5,7	1,7	8,3	1,7
Hull	18,6	17,8	0,2	7,1	0,5	2,5	2,6	20,8	1,5
Nottingham	17,7	17,6	0,5	1,8	1,1	2,8	3,6	13,7	2,3
Salford	21,2	19,2	0,1	11,1	2,5	4,9	6,2	16,6	2,3
Newcastle	19,4	15,6	0,8	2,5	1,1	2,2	5,8	5,1	0,4
Leicester	14,5	16,7	0,2	1,4	0,2	0,3	3,9	13,1	0,6

F. Prinzing.

6. Zur Statistik der Wehrfähigkeit.

Die dem Reichstage vom Reichskanzler am 9. November 1906 vorgelegten Übersicht über die Ergebnisse des Heeresergänzungsgeschäfts sowie der Nachweisung über die Herkunft und Beschäftigung der Militärpflichtigen bietet als Gesamtergebnis folgende Zahlen:

		Endgültig Abgefertigte	Taugliche	Von 100 Tauglichen kamen auf jede Gruppe	Von 100 endgültig Abgefertigten waren tauglich
Auf dem Lande geboren	In der Land- u. Forstwirtschaft usw. (Gruppe I u. II der Klassifikation der Berufsarten) beschäftigt	130 346	78 476	27,68	60,21
	Anderweitig beschäftigt . . .	171 897	100 603	35,50	58,53
	Zusammen:	302 243	179 079	63,18	59,25
In der Stadt geboren	In der Land- u. Forstwirtschaft usw. (Gruppe I u. II der Klassifikation der Berufsarten) beschäftigt	16 305	9 420	3,38	57,77
	Anderweitig beschäftigt . . .	184 869	94 920	33,49	51,34
	Zusammen:	201 174	104 340	36,87	51,86
	S.S.:	503 417	283 419	100,00	56,30

Von den Militärpflichtigen, die im Jahre 1905 eine endgültige Entscheidung erhalten haben, sind 56,30 Proz. tauglich befunden worden. Nahe zwei Drittel der tauglich Befundenen sind auf dem Lande, etwas über ein Drittel ist in der Stadt geboren worden. Die relative Tauglichkeit der auf dem Lande Geborenen 59,25 übersteigt nicht so erheblich diejenige der in der Stadt Geborenen 51,86. Im Bezirk des ersten Armeekorps Königsberg i. Pr. sind von 14 141 auf dem Lande geborenen endgültig Abgefertigten 9889, d. s. 69,63 Proz., tauglich, von 3669 in der Stadt geborenen 2217, d. s. 60,42 Proz. Anders verhält es sich im Bezirk des dritten Armeekorps, der die Provinz Brandenburg und Berlin umfaßt. Hier sind von 13 749 auf dem Lande geborenen endgültig Abgefertigten 7751, d. s. 56,37 Proz., von 21 671 in der Stadt geborenen aber nur 8928, d. s. 41,19 Proz., tauglich erklärt worden. Die beiden Bezirke vertreten am reinsten ländliche und städtische Verhältnisse, sie zeigen die für die Rekrutierung vorläufig wenigstens präponderante Bedeutung des Landes.

Über die Veränderungen der Körperlänge im Laufe der menschlichen Entwicklung besitzen wir wenig verläßliches Material; je weiter wir zurückgehen, desto spärlicher ist es. Es ist deshalb schwierig, die für das Entartungsproblem wichtige Frage zu entscheiden, ob unsere Körperhöhe etwa unter dem Einfluß veränderter sozialer Bedingungen geringer geworden ist als die unserer Vorfahren. Leider fehlt es bis heute an anthropometrischen Aufnahmen, die sich auf die Gesamtheit eines Volkes erstrecken; dank der Einführung der allgemeinen Dienst-

pflicht in den meisten Ländern hat sich unsere Kenntnis der somatischen Verhältnisse, wenigstens der männlichen Bevölkerung, erweitert. Die Rekrutierungsstatistik, auf die allein wir unser Urteil über das Verhalten der Körperlänge stützen können, datiert erst vom Anfang des 19. Jahrhunderts, fließt aber der Öffentlichkeit nicht so reichlich zu, daß man nicht jede neue Publikation dankbar begrüßen müßte. In der Zeitschrift für Schweizerische Statistik, XLII. Jahrg. (1906), p. 290 findet sich eine hier abgedruckte Tabelle, die die zu geringe Körperlänge als Dienstbefreiungsgrund in einem 20jährigen Zeitraum darstellt. Danach hat „Untermaß" als Dienstbefreiungsgrund sich fortschreitend vermindert, die Körperlänge somit zugenommen. Das Resultat deckt sich mit dem, zu dem Kruse[1]) bei seinen Betrachtungen der Rekrutierungsergebnisse mehrerer europäischer Staaten gelangt. Auch Retzius und Fürst[2]) konstatieren eine Zunahme der Körpergröße der Skandinavier in jüngster Zeit, ebenso der norwegische Anthropologe C. Arbo[3]) für die Jahre 1841—1870.

Die zu geringe Körperlänge als Dienstbefreiungsgrund in den Jahren 1886—1905.
(Aus den Ergebnissen der sanitarischen Rekrutenprüfungen.)
Rekruten des jüngsten Jahrganges, d. h. solche, die im nächstfolgenden Jahre das 20. Altersjahr zurücklegten.

Jahr	Gesamtzahl der untersuchten Rekruten	davon wegen zu geringer Körperlänge (unter 156 cm)				
		zurückgestellt		bleibend untaugl. erklärt	Gesamtzahl	%
		auf 1 Jahr	auf 2 Jahre			
1905	26 654	396	326	227	949	3,7
1904	26 310	375	348	238	961	
1903	26 564	436	320	154	910	
1902	27 232	475	417	162	1054	
1901	26 754	449	418	146	1013	
1900	26 282	439	356	178	973	4,1
1899	25 809	486	426	197	1109	
1898	26 457	451	421	141	1013	
1897	26 362	474	517	159	1150	
1896	27 256	567	514	151	1232	
1895	26 698	563	639	254	1456	5,6
1894	26 326	548	613	164	1325	
1893	25 241	606	612	186	1404	
1892	24 521	559	674	271	1504	
1891	24 511	678	553	266	1497	
1890	23 265	594	622	332	1548	6,5
1889	23 009	703	657	253	1613	
1888	22 224	553	594	327	1474	
1887	21 966	536	608	231	1375	
1886	22 963	493	518	314	1325	

[1]) Physische Degeneration und Wehrfähigkeit bei europäischen Völkern. Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege, XVII. Jahrg. Bonn 1898.

[2]) Anthropologia Suecica. Stockholm 1902.

[3]) Sessions-Undersögelsernes og Recruterings-Statistikens Betydning for Videnskaben og Staten. Christiania 1875.

Im selben Jahrgang der Zeitschrift für Schweizerische Statistik (p. 108) werden für den gleichen Zeitraum wie oben die Zahlen derjenigen Rekruten veröffentlicht, die wegen körperlicher Schwächlichkeit nicht zum Dienst gelangten. Auch hier zeigt sich ein Rückgang.

Die allgemeine körperliche Schwächlichkeit als Dienstbefreiungsgrund in den Jahren 1886—1905.
(Aus den Ergebnissen der sanitarischen Rekrutenprüfungen.)
Rekruten des jüngsten Jahrganges, d. h. solche, die im nächstfolgenden Jahre das 20. Altersjahr zurücklegten.

Jahr	Gesamtzahl der untersuchten Rekruten	davon wegen Schwächlichkeit, Anämie, Konvaleszenz oder zu geringem Brustumfang				
		zurückgestellt		bleibend untaugl. erklärt	Gesamtzahl	%
		auf 1 Jahr	auf 2 Jahre			
1905	26 654	1431	673	662	2766	11,1
1904	26 310	1521	586	487	2594	
1903	26 564	1841	724	528	3093	
1902	27 232	1817	738	454	3009	
1901	26 754	1925	919	551	3395	
1900	26 282	2121	760	519	3400	12,8
1899	25 809	1866	787	471	3124	
1898	26 457	2042	867	426	3335	
1897	26 362	1989	940	497	3426	
1896	27 256	2100	1091	495	3686	
1895	26 698	2406	1152	357	3915	13,8
1894	26 326	2063	1068	502	3633	
1893	25 241	2312	882	391	3585	
1892	24 521	2155	722	349	3226	
1891	24 511	2011	806	450	3267	
1890	23 265	1784	709	402	2895	13,0
1889	23 009	1873	695	439	3007	
1888	22 224	1603	646	423	2672	
1887	21 966	1649	704	402	2755	
1886	22 963	2044	883	489	3416	

Mehrfachen Anregungen der Turnvereine und Offiziergesellschaften folgend beschloß das schweizerische Militärdepartement, im Jahre 1905 im engen Anschluß an das Rekrutierungsgeschäft neben der pädagogischen Prüfung der Rekruten auch eine solche der physischen Leistungsfähigkeit vornehmen zu lassen. Das Material wurde dem eidgenössischen statistischen Bureau zur Bearbeitung überwiesen; die Ergebnisse findet man in der Zeitschrift für Schweizerische Statistik, XLII. Bd. (1906), p. 285. Der Prüfung unterzogen wurden alle Rekruten nach geschehener ärztlicher Untersuchung, soweit sie nicht ärztlicherseits davon dispensiert waren. Die Prüfung erstreckte sich auf einen Weitsprung, das Heben eines Hantels und einen Schnellauf. Als Erhebungsformular diente eine Zählkarte, die neben den üblichen Personalien Fragen nach dem Schulbesuch, dem in Schule, Verein oder militärischem Vorunterricht genossenen Turnunterricht oder

den dort getriebenen anderen körperlichen Übungen enthielt; aufgenommen wurden ferner die Ergebnisse der zur Prüfung stehenden turnerischen Leistung und der sanitarischen Untersuchung. Die Leistungen wurden folgendermaßen klassifiziert:

Note	Weitsprung	Heben 17 kg Gewicht rechts und links zusammen	Schnellauf 80 m Distanz
Gut (1)	3,5 m und mehr	8 mal	In höchst. 11.9 Sek.
Mittelmäßig (2)	2,5—3,4 m	5—7 mal	In 12,0—13,9 Sek.
Schwach (3)	Bis 2,4 m	Bis 4 mal	In 14 Sek. u. mehr

Nach ihren Leistungen verteilte sich die Gesamtzahl der Geprüften:

Zahl der Geprüften mit	Weitsprung	Heben	Schnellauf
Note 1 (gut)	3 545	14 879	2 295
„ 2 (mittelmäßig)	15 792	3 904	12 262
„ 3 (schwach)	6 940	7 494	11 720
Zusammen:	26 277	26 277	26 277

Die Resultate der Prüfung sind nicht hervorragend. Ordnet man die Geprüften nach ihrer Vorbildung,

Vorbildung	Zahl der Geprüften	Von je 100 Geprüften der betr. Kategorie hatten die Note									Durchschnittswerte			
		im Weitsprung			im Heben			im Schnellauf			Weitsprung	Heben	Schnellauf	Total
		1	2	3	1	2	3	1	2	3				
Vereinsturnen . .	2 913	39	56	5	83	9	8	22	61	17	1,66	1,26	1,94	4,86
Sport	796	31	62	7	68	16	16	29	54	17	1,77	1,32	1,88	4,97
Militärischer Vorunterricht . . .	4 211	23	65	12	65	14	21	13	55	32	1,90	1,55	2,19	5,64
Bloßes Schulturnen .	12 029	11	63	26	55	15	30	7	46	47	2,16	1,75	2,40	6,31
Keine	7 406	4	54	42	47	16	37	4	39	57	2,37	1,90	2,54	6,81

so zeigt sich, daß die Vereinsturner die bei weitem besten Prüfungsergebnisse aufweisen, nur im Schnellauf werden ihre Leistungen von den Sporttreibenden übertroffen.

F. Kriegel.

Bücheranzeigen.

Prinzing, F., Handbuch der medizinischen Statistik. Gustav Fischer, Jena 1906, 559 S. (15 Mk.).

In dem vorliegenden Werke beschenkt uns der Verfasser mit einem Handbuche der medizinischen Statistik, das das längst veraltete Österlensche abzulösen, das ausschließlich vom mathematisch-statistischen Standpunkte ausgehende Westergaardsche zu ergänzen berufen ist. Prinzing definiert die medizinische Statistik als „die exakte, zahlenmäßige Untersuchung der pathologischen Erscheinungen der menschlichen Gesellschaft“, wofür wohl besser „der Menschen“ zu setzen ist. Jedenfalls muß man ihm darin beistimmen, daß er die medizinische Statistik nicht nur auf die zahlenmäßige Beschreibung der pathologischen Erscheinungen sondern auch auf die Ursachen der verschiedenen Häufigkeit ihres Eintritts erstreckt wissen will. Der Verfasser verwirft die Österlensche Einteilung der medizinischen Statistik in eine allgemeine und eine spezielle und wählt dafür die Einteilung in 1. die Statistik der Geburten, 2. die der Krankheiten, Unfälle und Gebrechen und 3. die der Sterbefälle. Daß der erste und letzte Teil uns ein zuverlässiges Bild alles dessen liefert, was die Medizinalstatistik zurzeit über Eintritt und Austritt der Menschen aus dem unendlichen Strome der Gesellschaft bietet, war bei der meisterhaften Beherrschung des Stoffes, die Prinzing eigen ist, wohl selbstverständlich. Aber daß auch der zweite Teil, der sich auf die zurzeit noch so unvollständigen Erhebungen über Morbilität aufbaut, ein so klares Bild über die Erkrankungsmöglichkeit nach Alter, Geschlecht, Beruf usw. liefert, war doch eine Überraschung, die wir nicht nur dem Wissen sondern besonders auch dem wissenschaftlichen Takte des Verfassers verdanken. Das Studium gerade dieses Teiles des vorliegenden Buches ist für jeden Arzt unerläßlich, der sich für die Soziale Medizin und die Soziale Hygiene zu interessieren beginnt. A. Grotjahn.

Schwanck, A., Die Reform des Heilverfahrens. Köln 1906.

Wenn ein Altmeister des Versicherungswesens nach mehr als 20jähriger Tätigkeit auf diesen Gebieten zur Reform unserer sozialen Gesetzgebung das Wort nimmt, so haben die Ärzte gewiß allen Grund, dieser Arbeit eine eingehende Prüfung zu teil werden zu lassen. Der Verfasser geht ebenso wie es vor kurzem der Referent (Soziale Medizin und Hygiene 1907) getan hat, von dem verbesserungsbedürftigsten Punkte, dem Heilverfahren, aus. „Das durch die meisten Ortskrankenkassen, viele Betriebskrankenkassen und die Gemeindeversicherung geleitete Heilverfahren bei Verletzungen ist in den erzielten Heilerfolgen im Bereich der Rheinprovinz und Westfalen als derartig mangelhaft und folglich für das Wohl der der Versicherungspflicht unterliegenden Personen schädlich erkannt, daß dieser Zustand dringend Abhilfe erfordert.“ Diesen Satz erläutert der Verfasser an belehrenden Beispielen eigener Erfahrung und Zitaten erfahrener Versicherungsärzte und zeigt, welche überflüssigen Kosten den Berufsgenossenschaften und welcher Schaden der Arbeitskraft des Volkes aus den angeführten Fehlern erwächst. Es sind teilweise schwere Vorwürfe, welche gegen Ärzte erhoben werden — Vorwürfe, die leider nicht einer gewissen Berechtigung entbehren. Ein Teil der Mißstände beruht allerdings auf den fehlenden Beziehungen zwischen Krankenkassen, Unfallversicherung und Invalidenversicherung.

Schwanck kommt daher zu folgenden hauptsächlichen Schlüssen, daß 1. durch die Errichtung von Lehrstühlen für Unfallheilkunde und Soziale Medizin an den Universitäten und Akademien für praktische Medizin für eine besondere Vorbildung der Ärzte Sorge zu tragen ist und diese Disziplinen zu Prüfungsgegenständen zu machen sind; und 2. eine Verwaltungsgemeinschaft zwischen Krankenkassen, Unfall- und Invalidenversicherung eingerichtet wird.

Von letzterer erwartet der Verfasser a) eine schärfere Überwachung des Verletzten und des Heilverfahrens; b) Vermeidung von Verzögerungen in den notwendigen Maßnahmen (raschere Einleitung des Heilverfahrens) und Fortfall der sonst unvermeidlichen Störungen und Reibungen; c) Vereinfachung und Klärung der ärztlichen Gutachten; d) Herabminderung der Verwaltungskosten und der Renten; e) Minderung der Berufungen.

Die Verwaltungsgemeinschaft denkt sich der Verfasser in folgender Weise:

Die Krankenkassen werden zu größeren Verbänden zusammengefaßt. Der Kassenvorstand besteht aus:

zwei oder mehr Vertreter der Arbeitnehmer,
zwei oder mehr Vertretern der Arbeitgeber,
einem Vertreter der betreffenden Berufsgenossenschaften,
einem Vertreter der betreffenden Invalidenversicherung und
einem Staatskommissär als Vertreter der Reichsregierung.

Diese Einrichtung bedingt eine wesentlich größere Umgestaltung der Krankenkassen, als sie Sayffaerth mit seinem sozialpolitischen Kreisamt, der Referent mit seinem Versicherungsamt als Bindeglied der drei Versicherungen gedacht hat. Die Vertretung der Invalidenversicherung ist einem Arzte zugedacht, ebenso das Amt als Reichskommissär. Damit würde die erweiterte Krankenkasse der Unterbau, in dem alle Fälle von Anfang bis zu Ende Hilfe finden. Der Verband der Krankenkassen im Bezirk einer Landesversicherungsanstalt, der Verband der Unfallversicherungsträger und die betreffende Landesversicherungsanstalt werden dann zu einem Gesamtverband resp. einer Betriebsgemeinschaft zur einheitlichen und planmäßigen Durchführung des Heilverfahrens in allen Versicherungen zusammengeschlossen.

Der Verfasser zitiert die beachtenswerten Ausführungen von Kampfmeyer aus der deutschen Krankenkassenzeitung über die Aufgaben der erweiterten Krankenfürsorge in der Erhaltung der Arbeitskraft, Erhaltung gesunder Familien und eines gesunden Nachwuchses — Aufgaben, die sich nach des Verfassers Sinne auch zum Teil durch die Verwaltungsgemeinschaft der drei Versicherungen lösen lassen. Als Vorbild einer Verwaltungsgemeinschaft führt S. den Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum an, in welchem die drei Versicherungsträger auf das zweckmäßigste zusammenwirken. Den Schluß des interessanten, von wärmstem Interesse für die Soziale Hygiene und die Mitarbeitung des Volkes erfüllten Buches bilden Berichte über Kongresse und solche aus Heilanstalten. Aber der Inhalt des Buches ist damit bei weitem nicht erschöpft. Eine Fülle von einzelnen Gedanken, die der Verbesserung unserer Gesetzgebung gewidmet sind, findet sich in dem Buche zerstreut. Gewiß werden nicht alle Leser völlig mit dem Verfasser einer Meinung sein, aber indem ich das Buch zu eingehender Lektüre empfehle, glaube ich betonen zu müssen, daß die geplante Verbesserung unserer sozialen Gesetzgebung an vielen wichtigen Punkten die Ausführungen des erfahrenen Verfassers berücksichtigen muß. Th. Rumpf.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1])

Sitzung vom 13. September 1906

zu Ehren des V. Internationalen Kongresses für Versicherungswissenschaft und des IV. Internationalen Kongresses für Versicherungsmedizin.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr Grotjahn.

Herr Mayet: In Anerkennung einer weitgehenden Interessengemeinschaft zwischen den Aufgaben unserer Gesellschaft mit denen der beiden versicherungswissenschaftlichen Kongresse hat die sozial-medizinische Gesellschaft Sie zu sich eingeladen. Sie hat mir den ehrenvollen Auftrag erteilt, Sie herzlichst zu begrüßen und Ihnen warm für Ihr Erscheinen zu danken, das Ihnen wegen der großen Inanspruchnahme durch Arbeit an den Vor- und Nachmittagen und Geselligkeit an den Abenden besonders hoch anzurechnen ist. Die Medizin hat es vornehmlich mit der Ätiologie, die Hygiene mit der Defensive, die Medizin und die Individualhygiene mit biologischen Veränderungen des einzelnen Individuums und ihrer unmittelbaren Veranlassung zu tun und mit den Verhaltungs-, Verhütungs- und Abwehrmaßregeln des einzelnen, die Soziale Medizin mit der Auffindung der gesellschaftlichen, beruflichen, gewerblichen Verhältnisse, welche die Krankheit entstehen ließen. Das sprach bereits vor 60 Jahren unser Ehrenmitglied, Herr Sanitätsrat Salomon Neumann, aus. Er sagte in seiner Schrift „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum“, „daß der größte Teil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören oder gar einen Teil der Menschheit vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf gesellschaftlichen Verhältnissen beruhe, bedürfe keines Beweises. Die medizinische Wissenschaft sei in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft, und so lange ihr diese Bedeutung in der Wirklichkeit nicht vindiziert wäre, werde man ihre Früchte nicht genießen, sondern sich mit der Schale und dem Gehäuse begnügen müssen.“ Hier ist immer noch allein von den Ärzten die Rede; auf dem Gebiete der Sozialen Medizin haben aber, wie obige Beispiele uns zeigten, auch gerade Nichtmediziner, Männer der verschiedensten Berufe, Volkswirtschaftler und Techniker, Sozialpolitiker, Verwaltungsbeamte und Statistiker mitzuarbeiten; die Soziale Hygiene ferner, welche es nicht mit der Ätiologie der Krankheiten, sondern mit der Erstrebung der Sanierung der gesundheitlichen Verhältnisse in Berufen, Gewerben, Altersklassen, Volksschichten zu tun hat, braucht erst recht außer dem Arzt die Mitarbeit der Technik, der Industrie und der Verwaltungskunst. Demgemäß lud unsere Gesellschaft von Hause aus neben den Medizinern alle übrigen Berufe zur Mitarbeit ein; sie wollte, die Tätigkeit der Gesellschaft sollte sich auf dem Grenzgebiete von Medizin und Volkswirtschaft bewegen. Ungefähr der vierte Teil unserer Mitglieder sind Nichtmediziner, und in demselben Verhältnis ungefähr sind die Nichtmediziner unter den Vortragenden und Diskussionsrednern vertreten. Eines der Haupthilfsmittel zur Feststellung der sozialen Ätiologie von Krankheiten und zur Erkenntnis der Wirkung der sozialhygienischen Maßregeln ist die Statistik, insbesondere die Be-

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, Nr. 38 u. 44 d. Jg. 1906 u. Nr. 9 u. 10 d. Jg. 1907 der „Medizinischen Reform“, herausg. von R. Lennhoff.

völkerungs- und Medizinalstatistik; sie erfreut sich besonderer Pflege in unserem Verein. Von statistischen Vorträgen waren zwei historischer Art. A. Guttstadt behandelte die Entwicklung der Medizinalstatistik in Preußen. A. Gottstein die Geschichte der Kindersterblichkeit; G. Heimann machte Mitteilung über die Organisation der Volkszählung in Berlin, Schwiening behandelte statistisch die Frage des Verhältnisses von Brustumfang und Körpergröße bei Tuberkulösen und Nichttuberkulösen — ein Thema von bekanntem Interesse für die Versicherungsmediziner Die Frage der Ernährung behandelte B. Laquer in einem Vortrag über „Nahrungsmittel und Alkoholkonsum im Haushalte des amerikanischen Arbeiters“ und H. Neumann, der über die Milchversorgung der Säuglinge sprach. A. Albu behandelte die sozialmedizinische Bedeutung der Errichtung von Magenheilstätten. Praktische Maßnahmen auf einzelnen Gebieten der Hygiene besprachen E. Joseph mit einem Bericht über das Krankentransportwesen und die Neuorganisation desselben in Berlin, und Professor O. Lassar in seiner Mitteilung über die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder. Schließlich behandelte geschichtlich „Die Soziale Hygiene im Mittelalter“ Herr Th. Weyl. Die Idee, daß ein neuer Beruf für Blinde sich in der Massage darbiete, veranlaßte Eggebrecht über seine in Leipzig bereits durchgeführte Ausbildung von Blinden in der Massage zu berichten. In gleicher Linie mit diesem Gedanken liegt die mehrfach im Laufe der Diskussionen von A. Grotjahn und W. Eisner vertretene Idee, daß gewisse Beschäftigungen und Tätigkeiten monopolartig minderwertigen Arbeitskräften, z. B. Verkrüppelten und Unfallverletzten, vorbehalten bleiben sollten, um auch diese schwachen Kräfte zum Heil für sie selbst noch in der Volkswirtschaft nützlich zu verwenden. M. Radziejewski sprach über die Bedingungen und die Bedeutung der Sehschärfe für die einzelnen Berufsarten.

Da die umfassendste hygienische Maßnahme des Deutschen Reiches die Einrichtung seines sozialen Versicherungswesens ist, nahm selbstverständlich letzteres in den Erörterungen der Gesellschaft den breitesten Raum ein. Einzelpunkte der Arbeiterversicherung behandelten A. Bielefeldt und H. Schönheimer.

Themata von Wichtigkeit für die Unfallversicherung behandelten Feilchenfeldt, Th. Sommerfeldt und Brat. Die in Aussicht genommene Reform der Arbeiterversicherung veranlaßte mehrere Vorträge in der Gesellschaft. R. Lennhoff trug die ärztlichen Wünsche zur Reform der Arbeiterversicherung vor. Herr Sayffaerth, Vorsitzender des Schiedsgerichts in Köln, behandelte die deutsche Arbeiterversicherung der Zukunft und ich meinerseits: Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. Hier möchte ich noch den viel beachteten Vortrag des Geheimen Ober-Medizinalrates Dr. Dietrich erwähnen über den zahlenmäßigen Rückgang des medizinischen Studiums, der eine sich einleitende Abschwächung der Überfüllung des ärztlichen Standes darlegte und von Bedeutung für die Beurteilung der augenblicklichen Aussichten des ärztlichen Standes ist. Im Unterschiede von den großen, der öffentlichen Gesundheitspflege auf einzelnen Gebieten sich widmenden Vereinen, wie dem Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, dem Deutschen Zentralkomitee zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke, dem Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, der Vereinigung für Schulgesundheitspflege, der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder, der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, dem Allgemeinen Deutschen Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus, der Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit u. a.

versagt es sich unsere Gesellschaft, Resolutionen zu fassen, Petitionen herauszugeben, Agitation zu treiben. Wir wollen nur eine Stätte der freien Rede und der voraussetzungslosen, wissenschaftlichen Forschung sein, wir wollen durch den Streit der Meinungen die Erkenntnis der Wahrheit fördern, wir huldigen dem heraklitischen Lehrsatz, daß Kampf der Erzeuger alles Bestehenden ist. *πόλεμος πατὴρ πάντων*. Deshalb treffen wir aber auch besondere Fürsorge, daß unsere Diskussionen wohlvorbereitete, nicht nur dem Augenblick verdankte, sind. Wir erreichen dieses dadurch, daß wir die Diskussionen nicht unmittelbar auf den Vortrag folgen lassen, sondern erst ansetzen, nachdem der Vortrag den Mitgliedern gedruckt zugegangen ist. Wir erreichen dadurch zugleich den weiteren Vorteil, daß wir unseren auswärtigen Mitgliedern es ermöglichen, an der Diskussion durch Einsendung geschriebener Beiträge teilzunehmen, welche von dem Schriftführer verlesen werden. Ich sprach eingangs von der Interessengemeinschaft unserer Gesellschaft mit den beiden Kongressen. Scheint nicht eigentlich mehr ein gewisser Gegensatz zwischen den beiden Körperschaften zu walten? Hat es nicht die Versicherungsmedizin und die Versicherungswissenschaft hauptsächlich mit der privaten Versicherung, wir dagegen vornehmlich mit der öffentlichen Versicherung zu tun? Die private Versicherung will für jeden Versicherten eine bereits erreichte Höhe festhalten, indem sie ihn vor Schaden bewahrt. Die öffentliche soziale Versicherung will einerseits dasselbe, andererseits aber strebt sie doch an, die betreffenden Volkskreise über ihren gegenwärtigen sanitären und wirtschaftlichen Zustand heraufzuheben. Die Interessengemeinschaft unserer beiden Körperschaften macht sich wohl am meisten geltend in den statistischen Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften einerseits, der Krankenkassen und Invalidenversicherungsanstalten andererseits und in der weiteren Ausgestaltung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik nach Berufen, welche von der öffentlichen Krankenversicherung mit der Zeit zu erwarten ist. Äußerlich bekundete sich die Interessengemeinschaft dadurch, wie ich wohl erwähnen darf, daß den beiden Kongreß-Organisationsausschüssen nicht weniger als 14 unserer Mitglieder angehörten und ein sehr großer Teil der deutschen Teilnehmer des versicherungsmedizinischen Kongresses aus Mitgliedern unserer Gesellschaft besteht. Auch der Gegenstand des heutigen Vortrages darf für eine Interessengemeinschaft angeführt werden. Wir haben dasselbe Thema gewählt, welches in dem den Kongreßmitgliedern von dem Kaiserlichen Statistischen Amt übergebenen großen, mehr als 1400 Seiten umfassenden Werke behandelt wird: „Die Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit". Wir glaubten, es würde den Kongreßmitgliedern lieb sein, von dem Bearbeiter des Werkes, der zugleich Mitglied unserer Gesellschaft ist, einen kurzen Vortrag über die Grundprobleme der Arbeitslosenversicherung zu hören.

Ich gebe Herrn Leo das Wort zu seinem Vortrage.

Herr Leo trägt vor über **„Die Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit."** Der Kreis, vor dem ich heute zu sprechen die Ehre habe, setzt sich in erster Linie zusammen aus Personen, die entweder am Versicherungswesen und an der Versicherungswissenschaft oder an der ärztlichen Wissenschaft in erster Linie interessiert sind. Das sind zwei Kreise, die schon seit langem dem Problem der Arbeitslosenversicherung das lebhafteste Interesse entgegengebracht haben. Die Ärzte ihrerseits haben dieses Interesse durch verschiedene Resolutionen betätigt, in denen sie die Arbeitslosenversicherung sogar noch als dringender als die Witwen- und Waisenversicherung bezeichnet haben. Als Versicherungsproblem ist das ganze Problem nicht älter als rund 15 Jahre. Die Forderung

einer öffentlichen Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit taucht zum ersten Male, soweit sich übersehen läßt, im Jahre 1892 auf und führt bald darauf zu dem Vorgehen in Bern und in Basel. Seither ist diese Forderung von der Tagesordnung nicht wieder verschwunden. Einen besonderen Impuls hat die ganze Frage erhalten, seitdem im Jahre 1901 die Gemeinde Gent in einer sinnreich ausgedachten Weise unter Anknüpfung an die Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter ein System ins Leben gerufen hat, daß die Nachteile und Schwierigkeiten der sonstigen Systeme zu vermeiden schien. Näheres davon später. Wenn auch das Problem als Versicherungsproblem danach ganz jungen Datums ist, so ist das keineswegs der Fall mit dem erweiterten Problem der Arbeitslosenfürsorge überhaupt. Die Arbeitslosenfürsorge greift als Armenpflege sehr weit zurück. Dieser Teil der Arbeitslosenfürsorge nimmt noch heute einen und zwar den bedeutendsten Teil ein, und seine Bedeutung wird auch nicht gering bleiben müssen, wenn es wirklich gelingen sollte, eine öffentliche Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit zu schaffen. Armenpflege und private Wohltätigkeit waren es, mit denen früher bei Eintritt größerer Arbeitslosigkeit dieser zu begegnen versucht wurde; wo sie versagte, traten Staat und Provinzen als Träger der öffentlichen Armenlasten ein, oder die Gemeinden gingen mit der Beschaffung von Arbeit vor, indem sie entweder Arbeiten, welche ohnehin ausgeführt werden mußten, in die Zeiten größerer Arbeitslosigkeit legten, oder besondere Arbeiten für diesen Zweck einrichteten. Betont sei dabei, daß der Bezug von Armenunterstützung in einer Reihe von Staaten den Verlust politischer Rechte nach sich zieht. Mit dem Beginn der neunziger Jahre, mit der Entwicklung der Organisation der Arbeiter, änderte sich die Auffassung der Arbeiter in dieser Frage. Man empfand es schwerer als zuvor, daß ein Arbeiter bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit auf Wohltätigkeit angewiesen sei oder gar der Armenpflege anheimfallen und damit einen Teil seiner politischen Rechte einbüßen sollte. Die Auffassung der Arbeiter, zumal in Deutschland, machte sich dahin geltend, daß es Sache des Staates sei, für Arbeit zu sorgen oder bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit den Arbeiter zu unterhalten. In der Schweiz wurde sogar der förmliche Antrag auf Aufnahme der Bestimmung des Rechts auf Arbeit an die Bundesregierung gestellt, allerdings schließlich abgelehnt. Im Zusammenhang mit diesem Wechsel der Auffassung steht auch um diese Zeit das Vorgehen der Staaten und Gemeinden auf dem Gebiete des Arbeitsnachweises. Wurde so auf der einen Seite von den öffentlichen Organen durch Arbeitsverschaffung und Arbeitsvermittlung der Arbeitslosigkeit direkt entgegengetreten, so setzte auf der anderen Seite um diese Zeit in Deutschland die Selbsthilfe des Arbeiterstandes durch Einführung der Arbeitslosenunterstützung in den Verbänden ein. Anfänglich ging man dabei von karitativen Gesichtspunkten aus, wurde sich indessen wohl bald darüber klar, daß diese Unterstützung der Arbeitslosen nicht nur diesen, sondern auch den in Arbeit stehenden Mitgliedern zugute kam, da die Arbeitslosen sie nicht mehr auf dem Arbeitsmarkt unterboten. Was eingeführt war als Linderungsgrund für die Not der arbeitslosen Mitglieder, das wurde zum wertvollsten Instrument der gewerkschaftlichen Politik der Hochhaltung der Lebenshaltung. Dieser Einsicht verdankt die Arbeitslosenunterstützung die Entwicklung, die sie in den letzten 20 Jahren genommen hat, von der Sie einen Begriff erhalten werden, wenn ich erwähne, daß im Jahre 1904 die englischen Gewerkvereine 13 Millionen, die deutschen Arbeiterverbände über 2 Millionen Mark für Arbeitslosenunterstützung verausgabt haben. So wurde das Problem praktisch von zwei Seiten in Angriff genommen,

von den Gemeinden einerseits, von den Arbeitern selbst andererseits, und zwar von beiden in der Richtung der Trennung der Arbeitslosenfürsorge vom Armenwesen. Man lehnte von Arbeiterseite Armenunterstützung als Hilfe bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit ab und verlangte strenge Scheidung von Arbeitslosenunterstützung und Armenpflege, man lehnte ebenso Almosen ab, und so entwickelte sich historisch die Idee einer öffentlichen Arbeitslosenversicherung, die begrifflich und tatsächlich vom Armenwesen und Wohltätigkeit streng geschieden sein sollte.

Welches ist nun positiv die Aufgabe der Arbeitslosenversicherung? Die Antwort stößt sofort auf Schwierigkeiten bei Feststellung des Begriffs „arbeitslos". Wer ist arbeitslos? Arbeitslos ist z. B. auch der Arbeitsscheue. Für ihn ist augenscheinlich die Arbeitslosenversicherung nicht bestimmt. Arbeitslos ist auch der Arbeitsunfähige. Auch an ihn ist augenscheinlich in diesem Zusammenhange nicht gedacht. Er ist Gegenstand der Invalidenversicherung oder der Wohlfahrtspflege oder der Armenpflege. Es handelt sich bei dem Problem der Arbeitslosenversicherung vielmehr lediglich um die Frage der zeitweiligen wirtschaftlichen Sicherstellung der arbeitswilligen und arbeitsfähigen Personen während vorübergehender Arbeitslosigkeit. Aber die Grenze muß noch enger gezogen werden. Arbeitslos kann nur jemand sein, der gewöhnlich erwerbstätig ist und zwar erwerbstätig als Arbeitnehmer. Es werden also aus dem Begriff auszuscheiden sein die ganze nicht erwerbstätige Bevölkerung und außerdem alle selbständigen Erwerbstätigen, wie die Unternehmer, Handwerker, Gewerbetreibenden usw. Wann ist denn nun aber Arbeitslosigkeit als eingetreten anzusehen? Vom Standpunkt des Individuums ist Arbeitslosigkeit vorhanden, wenn der Arbeitnehmer seine Beschäftigung verloren und eine noch nicht gefunden hat und zurzeit nicht finden kann. Anders kann die Frage der Arbeitslosigkeit als Massenerscheinung vom Stande der Volkswirtschaft aus beurteilt werden. Arbeitslosigkeit in der Industrie steht hier neben Arbeitermangel in der Landwirtschaft. Ausländische Arbeiter werden z. B. zu billigeren Löhnen herangezogen, während inländische Arbeiter beschäftigungslos sind. Kann volkswirtschaftlich von Arbeitslosigkeit gesprochen werden, wenn auf der anderen Seite in der gleichen Volkswirtschaft ein großer Bedarf an Arbeitskraft besteht? Die Frage wird mit „ja" zu beantworten sein. Arbeitskraft ist nicht ohne weiteres eine fungibile Ware: Industriearbeiter sind nicht ohne weiteres fähig, in der Landwirtschaft tätig zu sein. Was sowohl in der Industrie wie in der Landwirtschaft gebraucht wird, ist nicht die abstrakte Arbeitskraft, sondern Arbeiter mit bestimmten Qualitäten und Arbeit zu bestimmten Bedingungen. Es ist wohl möglich, daß in einer Volkswirtschaft Mangel an einer Art von Arbeitern und Überfluß in einer anderen Art vorhanden ist. In der Frage der Arbeitslosenfürsorge wird danach für die Feststellung des Begriffes „Arbeitslosigkeit" vom Standpunkt des Individuums auszugehen sein. Arbeitslosigkeit ist vorhanden, wenn der Arbeiter seine Beschäftigung verloren und eine angemessene neue noch nicht gefunden hat und zurzeit nicht finden kann. Wenn wir uns über die Stellung der Frage einer Arbeitslosenversicherung unter Zuhilfenahme öffentlicher Mittel im einzelnen klar werden wollen, so müssen wir uns nunmehr noch über einige allgemeine Gesichtspunkte verständigen. Welches ist denn die Aufgabe, die dem Staate auf diesem Gebiete zukommt? Ist danach die Forderung einer Arbeitslosenversicherung berechtigt, und, falls sie berechtigt ist, ist sie möglich und ist sie notwendig? Das sind die Fragen, auf die die Antworten zu finden sind. In jeder Volkswirtschaft

befindet sich ständig und ganz normalerweise ein gewisser Prozentsatz von Personen vorübergehend außer Arbeit und stets im Begriff, neue Arbeit zu suchen. Für Deutschland wird man diese Ziffer im Jahresmittel auf etwa 400000 Personen veranschlagen können. Wenn man nach systematischen Gesichtspunkten eine Einteilung der bisher versuchten Lösungen der Arbeitslosenversicherung vornehmen will, so ergeben sich vier große Gruppen, in die man die vorhandenen Einrichtungen einzugliedern vermag. In einzelnen Fällen finden sich wohl auch Mischformen, die in mehrere Gruppen gehören; sie bereiten indessen der Systematik wenig Schwierigkeiten. Die vier Gruppen, die hier in nachstehendem behandelt werden sollen und die meinen Ausführungen als Einteilungsprinzip zugrunde liegen, sind folgende: Alle bisherigen Versuche lassen sich charakterisieren als 1. Selbsthilfe, 2. obligatorische Versicherung, 3. fakultative Versicherung und 4. Subvention der Selbsthilfe unter Verzicht auf selbständige Versicherungseinrichtungen. Es ist das die gleiche Einteilung, die auch der amtlichen Darstellung im Reichsarbeitsblatt zugrunde gelegt ist. Von diesen vier Gruppen hat bisher praktisch weitaus die größte Bedeutung die erste Gruppe, nämlich die Selbsthilfe. Ich nannte oben schon die Zahl von 13 Millionen Arbeitslosenunterstützung, die die englischen Gewerkvereine, und von 2 Millionen Mark, die die deutschen Arbeiterverbände im Jahre 1904 an Arbeitslosenunterstützung zahlten. Es sind das Beträge, die alles, was sonst auf diesem Gebiete geleistet worden ist, weitaus hinter sich lassen. Die Selbsthilfe auf diesem Gebiete ist im allgemeinen in allen Ländern gewerkschaftlicher Natur gewesen. Wie schon oben gestreift wurde, ist die Arbeitslosenunterstützung gleichzeitig ein wertvolles Instrument der gewerkschaftlichen Lohnpolitik. Durch die Arbeitslosenunterstützung verhindert die Gewerkschaft, ihre in Arbeit stehenden Kollegen zu unterbieten und dadurch auf den Lohn im Gewerbe zu drücken; sie soll verhindern, daß der Standard, den die Organisation bei guter Konjunktur an Arbeitskämpfen erreicht hat, bei schlechter Konjunktur wieder herabgesetzt wird, sie ist, vom gewerkschaftlichen Standpunkt betrachtet, die logische und notwendige Ergänzung der Streikunterstützung. Ich will auf die Bedeutung der Selbsthilfeorganisationen in den einzelnen Ländern nicht näher eingehen, da ich Ihnen sonst ein großes Zahlenmaterial vorführen müßte, das Sie nur verwirren würde; ich möchte nur betonen, daß England, Deutschland und Dänemark in dieser Hinsicht die führenden Länder sind. In Deutschland ist übrigens, wie ich hervorheben möchte, die Selbsthilfe nicht auf die gewerkschaftliche Unterstützung beschränkt geblieben, sondern sie hat sich hier auch die Form des Konsumvereins nutzbar gemacht, um durch Regelung des Warenkredits und der Spartätigkeit in eigenartiger Weise die Sicherstellung der Arbeiter gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit zu erreichen. Es handelt sich um das sehr bemerkenswerte Beispiel des von Arbeiterseite begründeten „Konsum-, Bau- und Sparvereins Produktion in Hamburg“. Dieser Konsumverein zahlt seine Einkaufsdividende nicht aus, sondern bildet aus ihr, soweit sie nicht zur Ergänzung des Geschäftsanteils der Mitglieder erforderlich ist, einen Notfonds. Die auf ein Mitglied pro rata seiner Bezüge entfallenden Dividenden werden bis zur Höhe von 100 Mark zu einem personellen Notfonds angesammelt. Um Mitgliedern, für welche noch kein oder kein Notfonds mehr besteht, in Notfällen beizustehen, wird aus dem jährlichen Reingewinn ein Warenvorschußfonds angelegt. Der Arbeiter bildet hier also dadurch, daß er die Einkaufsdividende nicht ausgezahlt erhält, ein Guthaben bis 100 Mark. Hat er im Falle der Arbeitslosigkeit dieses verbraucht, so tritt der Konsumverein für ihn ein und gewährt ihm Warenvorschuß,

bis er wieder in der Lage ist, zu verdienen. Die Einrichtung hat sich bei genanntem Verein sehr bewährt. Der Verein zählt im Jahre 1905 18766 Mitglieder, der Reingewinn betrug 1904 rund 108000 M., der Umsatz 3 Mill. M. Berücksichtigt man, daß wir in Deutschland zurzeit etwa 2000 Arbeiterkonsumvereine haben, so wäre an sich die Möglichkeit gegeben, den genossenschaftlichen Gedanken dazu zu benutzen, um auch diesem Zweige der Selbsthilfe zur Abwehr der Folgen der Arbeitslosigkeit eine weitere Ausdehnung zu geben nach dem Vorbilde, wie es in der gewerkschaftlichen Arbeitslosenunterstützung bereits heute vorliegt. Eine solche Entwicklung ist indessen bisher nicht eingetreten; es liegen bislang auch keine Anzeichen vor, daß sie in nächster Zeit eintreten wird. Was die Beurteilung der gewerkschaftlichen Arbeitslosenunterstützung betrifft, so stellt sie sich, versicherungstechnisch betrachtet, als eine Sammlung der besseren Risiken dar. Durch die gewerkschaftlichen Anforderungen, die Beitragszahlung, das Eintrittsgeld, ist die Mitgliedschaft soweit erschwert, um die schlechteren Risiken heranzulassen. Alle die schwierigen Fragen, wie die freiwillige Arbeitslosigkeit durch Kündigung oder sonstige Herbeiführung des Unterstützungsfalles, außer durch grobes Verschulden, wie die Annahme von Arbeit zur Beendigung des Unterstützungsfalles zu behandeln ist, alle diese Fragen löst dieses System einfach, und zwar nicht vom versicherungstechnischen sondern vom spezifisch gewerkschaftlichen Standpunkt. Maßgebend für die Entscheidung dieser Frage ist das gewerkschaftliche Interesse. Was bisher in den meisten Ländern dieser Selbsthilfeorganisation der Arbeiter noch fehlt, ist die Verbreiterung der Grundlage, die durchgehends auf einen verhältnißmäßig engen Kreis der Arbeiter beschränkt ist. Die Höhe der Leistungen ist in den vorgeschrittenen Ländern und Verbänden zum Teil eine recht bedeutende — ein Beweis, daß sich auf diesem Wege an sich nicht unbedeutende Leistungen erzielen lassen. Die obligatorische Arbeitslosenversicherung, die vorher in der systematischen Einteilung an zweiter Stelle genannt wurde, ist nur einmal praktisch geworden, und zwar in St. Gallen in der Schweiz. Zwei weitere Versuche in Zürich und Basel entfallen ebenfalls auf die Schweiz; sie sind jedoch über das Stadium des Projektes nicht hinausgekommen. An dritter Stelle war oben die fakultative Versicherung genannt. Die freiwillige Versicherung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit setzt offensichtlich ein großes Maß wirtschaftlicher Voraussicht und Selbstdisziplin voraus; unorganisierte Arbeiter mit knappen Einkommensverhältnissen entschließen sich nur schwer zu der Verpflichtung der Zahlung regelmäßiger Beiträge auf die ungewisse Möglichkeit hin, arbeitslos zu werden. Das Ergebnis ist daher bei dieser Form der Versicherung durchweg, daß nur die besser gelohnten Arbeiter sich zur freiwilligen Versicherung entschließen, und auch diese nur, soweit sie mit ziemlicher Sicherheit damit rechnen müssen, einen Teil des Jahres keine Beschäftigung zu haben, vor allem die Bauarbeiter. Dies sind, wie auch das Reichsarbeitsblatt hervorhebt, die Gründe und psychologische Erwägungen, aus denen sich ergibt, daß der Umfang fakultativer Arbeitslosenversicherung stets ein sehr beschränkter sein wird, und die Erfahrung bestätigt es. An letzter Stelle in unserer obigen Einteilung war genannt die Subvention der Selbsthilfe unter Verzicht auf selbständige Versicherungseinrichtungen. Der diesem System zugrunde liegende Gedanke von Louis Varlez geht zurück auf seine Anschauung, daß die zweckmäßigste Betätigung der öffentlichen Körperschaften in der Arbeitslosenfrage die sei, an die Selbsthilfeeinrichtungen der Arbeiter anzuknüpfen und durch die Aussicht auf Gewährung von Zuschüssen an die Verbände nach dem Maß der

eigenen Leistungen der Verbände einen Anreiz zur Selbsthilfe zu schaffen. Die Erziehung zur Selbsthilfe unter Beihilfe von Gemeinden und Staat ist, kurz gefaßt, die Idee, die dem System zugrunde liegt. Das System hat seine großen Vorzüge, aber auch seine Schwächen und Grenzen. Die Vorzüge liegen darin, daß hier die Organisation nach Berufen der Arbeiter und die Gruppierung der Berufsrisiken schon gegeben ist, daß die ganze Kontrolle und Verwaltung, die Einziehung der Beiträge und die Auszahlung zu Lasten der Arbeiterverbände verbleibt. Die Grenzen des Systems liegen in anderer Richtung. Dies System hilft nur dem, der sich schon selbst hilft. Wo die eigene Initiative versagt, versagt auch das System; wer sich nicht selbst hilft, bleibt nach wie vor auf Armenpflege und Wohltätigkeit verwiesen. Die Arbeiterelemente, welche es am dringendsten bedürfen, werden danach auch von diesem System nicht erfaßt. Was die Erfahrungen mit dem sogenannten Genter System anlangt, so ist das System verhältnismäßig glücklich in seiner Lösung der Kontrolle. Die Gemeinde zahlt nur Zuschuß, soweit der Verband selbst Unterstützung zahlt. Hinter diesem Wall des finanziellen Selbstinteresses der Verbände, wie Varlez es nennt, war der Fonds im wesentlichen vor mißbräuchlicher Ausbeutung sicher, zumal die Vereine in Gent ihre geringe Mitgliederzahl gut zu kontrollieren in der Lage waren. Die Frage des Selbstverschuldens wird beim Genter System nicht gestellt; wem die Verbände Arbeitslosenunterstützung zahlen, bleibt ihnen überlassen. Nur einen gemeindlichen Zuschuß erhalten sie lediglich bei solchen Unterstützungen, die sich auf unfreiwillige Arbeitslosigkeit infolge von Arbeitsmangel oder Betriebsstörungen beziehen. Dem Vorbild von Gent sind in Belgien selbst eine Reihe von Gemeinden und Provinzen gefolgt, wogegen die belgische Regierung sich bisher abwartend verhalten hat. In Frankreich hat man den Gedanken des Genter Systems ebenfalls aufgegriffen und hat im letzten Jahre allerdings in sehr geringem Umfange staatliche Zuschüsse zu den Unterstützungsleistungen der Verbände zu gewähren begonnen. In Italien ist aus privater Initiative in Mailand eine Arbeitslosenkasse nach dem Genter System im vorigen Jahre eingerichtet worden. Norwegen hat in diesem Sommer ein Gesetz zur Annahme gebracht, wonach ebenfalls den Verbänden der Arbeiter staatlicherseits gewisse Zuschüsse zu ihren Unterstützungsleistungen gewährt werden. In Dänemark sind ähnliche Maßregeln von einer königlichen Kommission in Vorschlag gebracht und dem Parlament unterbreitet worden. Überblicken Sie die Reihe der Versuche einer Arbeitslosenversicherung, wie ich sie Ihnen hier vorgeführt habe, so ergibt sich zweierlei, einmal, daß auf dem Gebiet der Arbeitslosenunterstützung und der Arbeitslosenversicherung bisher nur die Selbsthilfe wirklich bedeutende Leistungen aufzuweisen hat; zweitens, daß, wo bisher ein staatliches Vorgehen staatgefunden hat, es sich vollzogen hat in der Richtung des Verzichts auf selbständige Versicherungseinrichtungen und sich beschränkt hat auf Subvention der vorhandenen Selbsthilfeeinrichtungen. Inwieweit das berechtigt und wirkungsvoll, werden Sie aus meinen Ausführungen selbst zu schließen in der Lage sein. Dies Ergebnis, wonach es den Anschein hat, als ob hier auf dem Gebiet der Arbeitslosenfürsorge nur etwas durch Selbsthilfe zuwege gebracht sei, könnte indessen zu einer vollkommen falschen Auffassung führen. Es könnte scheinen, als ob die öffentlichen Organe bisher auf dem Gebiet der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und ihrer Folgen ganz untätig gewesen wären. Dem ist nicht so. Die bisherige Tätigkeit der öffentlichen Organe hat sich allerdings bisher weniger darauf gerichtet, durch Gewährung eines Rechtsanspruches auf Unterstützung die wirtschaftlichen Folgen

der Arbeitslosigkeit zu mildern und zu beseitigen, als vielmehr darauf, die Ursachen der Arbeitslosigkeit selbst zu bekämpfen. Ich erwähnte oben schon die Tätigkeit der Gemeinden auf dem Gebiete des Arbeitsnachweises, und möchte noch erinnern an die Einrichtung von Notstandsarbeiten, an die zeitliche Verschiebung der öffentlichen Arbeiten auf Zeiten geringer Beschäftigung, an die Durchführung des Fortbildungszwanges, die die Qualitäten des Arbeiters hebt und weiterbildet. Auf diesem Wege hat man bisher versucht, die Quellen der Arbeitslosigkeit einzudämmen, und der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit selbst und ihrer Quellen wird bei der Bekämpfung der Folgen der Arbeitslosigkeit wohl auch weiterhin eine hervorragende Stelle einzuräumen sein. Gelingt es, die Arbeitslosigkeit selbst durch zweckmäßige Organisation der Volkswirtschaft wesentlich herabzumindern, so ist damit auch der größte Teil des zweiten Problems, der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit in seiner Lösung vorbereitet. Die Durchführung aller der Maßnahmen, welche geeignet sind, die Erreichung dieses Zweckes zu erleichtern, die Hebung der Fachschulbildung, der Ausbau des Arbeitsnachweises, die Erleichterung der fachlichen und freien Organisation der Arbeiter, die Regulierung der Einwanderung, sie bilden die Vorbereitung zu einer zweckmäßigen Behandlung auch des weiteren Problems: der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit. Was die Projekte anbetrifft, welche eine staatliche Organisation der Arbeitslosenversicherung an die Einrichtungen der deutschen Arbeiterfachverbände anknüpfen wollen, so handelt es sich dabei um ein den deutschen Verhältnissen entsprechend modifiziertes Genter System. Nach den Vorschlägen von Elm's und des Korrespondenzblattes der Gewerkschaften wird allerdings den staatlichen Organen weniger Einfluß auf die Verwaltung eingeräumt, als wie dies beim Genter System der Fall ist. Bemerkenswert bei diesen Projekten ist vor allem die Begründung. Begründet werden sie in der Weise, daß die Arbeiterorganisationen mit ihren bisherigen Leistungen Aufgaben erfüllten, die zu leisten eigentlich Sache des Staates wäre, und daß der Staat sie in Zukunft dafür entschädigen muß. Wir haben uns mit dieser Auffassung bereits oben auseinandergesetzt und ich will hier nicht erneut darauf eingehen, sondern möchte mich nur auf meine Bemerkungen über das Genter System überhaupt beziehen. Die Vorschläge, welche an die Unternehmerverbände anknüpfen wollen, nehmen zum Ausgangspunkt durchgehends die deutsche Unfallversicherung. Es handelt sich um die Vorschläge von Herkner, Zacher und Buschmann. Gemeinsam ist diesen Vorschlägen die Auffassung, daß die Industrie verantwortlich wäre für die Schwankungen der Konjunktur und daher auch die Lasten der Arbeitslosenversicherung ihrerseits zu tragen habe. Auch diese Auffassung kann gewissen Bedenken unterliegen. Ich möchte bloß darauf hinweisen, daß der größte Prozentsatz der Arbeitslosigkeit in Deutschland im Winter auf die Wettersaisongewerbe entfällt, also mit Umständen zusammenhängt, die von dem Willen oder von dem Verschulden der Unternehmer gänzlich unabhängig sind, sondern nach dem Klima, in dem wir leben, mit dem betreffenden Gewerbe unveränderlich verknüpft sind. Ob es angängig ist, bei dieser Sachlage den Gedankengang, der diesen Vorschlägen zugrunde liegt, festzuhalten, lasse ich dahingestellt. Die Idee, die Kosten der Arbeitslosenversicherung ausschließlich durch die Arbeitgeber aufbringen zu lassen, die von den Schwankungen der Konjunktur selbst betroffen werden und gerade in Zeiten der Krisen selbst am wenigsten leistungsfähig sind, bedürfte in jedem Fall sehr genauer Prüfung, bevor man sie in diesem Umfange als berechtigt anerkennen könnte. Die Vorschläge, die an

die Krankenversicherung und an die Invalidenversicherung anknüpfen, werden dadurch beeinträchtigt, daß diese beiden Organisationen für ganz andere Zweige geschaffen sind als für den Zweck einer Arbeitslosenversicherung und daher für diesen neuen Zweig nicht so recht geeignet erscheinen; die Krankenversicherung, weil sie in ca. 23000 Kassen zersplittert, für diese Zweige nicht einheitlich genug organisiert ist, die Invalidenversicherung, weil ihr jede Gliederung der Berufe und ein lokaler Unterbau fehlt, — zwei Vorbedingungen, die für die Organisation einer Arbeitslosenversicherung unerläßlich erscheinen. Auf die Projekte, welche an den Arbeitsnachweis und an die Gemeinden anknüpfen wollen, brauche ich nicht weiter einzugehen, weil von ihnen nur eine allmähliche Entwicklung erwartet wird, nicht die Organisation einer Arbeitslosenversicherung für das ganze Reich mit einem Schlage. Wenn ich mich kurz zusammenfassen darf, so möchte ich meine Ausführungen damit schließen, daß ich sage, man ist bisher bestrebt gewesen, die Arbeitslosigkeit selbst zu bekämpfen und wird weiter bestrebt sein müssen, diese Bekämpfung mit allen Mitteln zweckmäßiger Organisation der Volkswirtschaft auch weiter durchzuführen und weiter auszubauen, und diese Bekämpfung wird dem zweiten Problem, der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit, seine größte Schärfe nehmen. Die verschiedenen Systeme der Sicherstellung gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit, welche bereits heute gebraucht sind oder vorgeschlagen werden, vermögen alle nicht, entweder das Problem einwandfrei oder es in seinem vollen Umfange zu lösen. Es handelt sich bei allen diesen Vorschlägen entweder nur um mangelhafte oder nur um partielle Lösungen. Ein System, welches allen Anforderungen in vollem Umfange genügte, ist bisher nicht bekannt geworden. Man kann nur hoffen, daß die weitere Entwicklung die vielen Zweifelsfragen, die auf diesem Gebiete noch bestehen, klären wird, und daß es dann möglich sein wird, zu einer Lösung zu gelangen, die in gleicher Weise dem Interesse des Staates wie demjenigen der Arbeiter Rechnung trägt. Als Vorbedingung für die zweckmäßige Inangriffnahme der Frage muß in jegem Fall für die ausländischen ebenso wie für unsere deutschen Verhältnisse der weitere Ausbau des Arbeitsnachweises bezeichnet werden. Es ist eine gesunde volkswirtschaftliche Auffassung, daß der Staat öffentliche Mittel nur soweit zur Verfügung stellen soll, als den Arbeitslosen angemessene Arbeit nicht zur Verfügung gestellt werden kann. Eine Übersicht darüber, ob das der Fall ist, ist aber nur möglich bei vollständiger Organisation der Arbeitsvermittelung.

Umschau.

Berlin, den 10. Juli 1907.

Eine tiefgehende Reform des sozialen Versicherungswesens im Sinne einer Zusammenlegung der drei großen Versicherungskörper ist nach den Ausführungen, die der Staatssekretär v. Posadowsky-Wehner bei der diesjährigen Etatberatung im Reichstage machte, in weitere Ferne gerückt, als nach früheren Äußerungen anzunehmen war. Doch steht eine Reform des Krankenversicherungsgesetzes, die in der Tat dringend notwendig ist, in absehbarer Zeit bevor. Ferner soll die hinausgeschobene Vereinheitlichung des Versicherungswesens durch eine Zusammenlegung der drei Gesetze in Form einer neuen Kodifikation der Gesetzgebung vorbereitet werden. In dieses neue Gesetz soll dann auch die Witwen- und Waisenversicherung hineingearbeitet werden, die nach dem Zolltarifgesetz bis zum Jahre 1910 in Kraft treten muß.

Anläßlich des Scheidens des Grafen v. Posadowsky-Wehner aus seinem Amte als „Minister für Sozialpolitik" sei vom Standpunkt der Sozialen Medizin und Sozialen Hygiene daran erinnert, daß seiner Amtsführung eine umfassende Reform der Invaliden- und Unfallversicherung, eine neue Seemannsordnung, eine Reform der Krankenversicherung, das Kinderschutzgesetz, der Acht- und Neunuhrladenschluß, das Reichsgesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, das Verbot zur Herstellung von Phosphorzündhölzern und die Errichtung der dauernden Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt in Charlottenburg gutzuschreiben ist. Da das Ausscheiden des Grafen von Posadowsky und seine Ersetzung durch von Bethmann-Hollweg aus allgemeinpolitischen Gründen erfolgte, dürften daraus für die Sozialpolitik keine pessimistischen Schlüsse zu ziehen sein.

Der Plan einer obligatorischen Arbeitslosenversicherung ist, wenn er überhaupt jemals ernstlich ins Auge gefaßt worden ist, wohl definitiv aufgegeben. Das ist im Interesse einer klaren und zielbewußten Weiterentwicklung durchaus zu begrüßen. Damit soll keineswegs gesagt werden, daß das Problem der Arbeitslosigkeit, das die Nationalökonomen so viel beschäftigt, etwa für die sozial empfindenden Ärzte gleichgültig sei. Sie haben dazu manches zu sagen und müssen die Volkswirte warnen, sich bei ihren Deduktionen zu sehr an den abstrakten Begriff der Arbeitslosigkeit zu halten, anstatt sich die Personen anzusehen, die hinter diesem Begriffe stehen. Man kann diese Individuen zwanglos in vier Gruppen einteilen und so am besten die Vielseitigkeit des Problems erkennen. Die erste Gruppe bilden die Saisonarbeiter, die an stets wiederkehrenden Perioden von Arbeitslosigkeit zu leiden haben. Für diese Art der Arbeitslosigkeit eine staatliche Versicherung einzuführen, dürfte zwar technisch möglich sein, ist aber nicht dringend erforderlich, weil gerade diese Arbeiter in der Regel gelernt haben, sich mit der Saisonarbeitslosigkeit abzufinden. Die zweite Gruppe bilden jene Arbeiter, die eine freiwillige Arbeitslosigkeit auf sich nehmen, weil ihnen Arbeit nur zu Bedingungen angeboten wird, die ihnen ungenügend erscheinen, um dafür ihre Ware Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkte abzugeben. Diese freiwillige Arbeitslosigkeit, die prinzipiell natürlich durchaus zu billigen ist und ja auch von uns Ärzten bei Standeskämpfen zur Anwendung gelangt, kann natürlich niemals Gegenstand einer staatlichen Versicherung sein, sondern muß den Berufsorganisationen überlassen bleiben.

Diese beiden Kategorien von Arbeitslosen haben das gemeinsam, daß sie nur den Volkswirt, Politiker oder Gewerkschaftler interessieren, während die folgenden ein spezielles sozialmedizinisches Interesse darbieten. Die dritte Kategorie bilden nämlich jene Arbeitslosen, die keine Arbeit zu finden vermögen, weil sie infolge chronischer Erkrankungen, Schwächezuständen, Alter oder ererbter körperlicher oder geistiger Minderwertigkeit nur über einen Bruchteil von Arbeitskraft verfügen. Die Zahl dieser Arbeitslosen ist außerordentlich groß und ihre Situation ist durchaus eines gesetzlichen und behördlichen Eingriffes bedürftig. Die drei großen Versicherungskörperschaften gewähren ja zurzeit den meisten dieser Individuen eine dürftige Rente. Aber sie gewähren ihnen nicht die Möglichkeit, diese Rente durch einen Verdienst zu ergänzen, der ihrer verminderten Arbeitsfähigkeit entspricht. Eine neue

Versicherung für Arbeitslosigkeit würde ihnen nichts helfen. Vielmehr dürften hier Maßregeln allgemeiner Natur, Arbeitsnachweis und vor allen Dingen Assanierung der Heimarbeit, zu der sich diese bruchteiligen Arbeitskräfte unter den unwürdigsten Arbeitsbedingungen hinflüchten, am Platze sein. Die vierte Kategorie von Arbeitslosen umfaßt jene, die überhaupt nicht mehr in der Lage sind, im freien gewerblichen Leben einen Platz auszufüllen, die Vagabunden, Arbeitsscheuen, kriminellen Individuen usw., deren Zahl in Deutschland noch nach Hunderttausenden geschätzt werden muß. Der größte Teil dieser Individuen besteht aus Epileptikern, Schwachsinnigen, Trunksüchtigen usw. Für diese Art Arbeitslosen kommt natürlich nur ihre Unterbringung in Asyle in Frage. Aber es muß von ärztlicher Seite immer wieder betont werden, daß diese Asylisierung in viel größerem Maße verallgemeinert werden muß, als das bisher geschehen ist.

Am 31. Mai 1907 starb M. Litten, der außerordentliche Professor für innere Unfallkrankheiten an der Universität Berlin, im 62. Lebensjahre. A. Grotjahn.

Ein Beispiel dafür, daß kostspielige hygienische Anlagen nicht ausschließlich nach bakteriologischen Gesichtspunkten, sondern unter Würdigung aller in Betracht kommenden Faktoren, unter denen besonders die wirtschaftlichen ins Gewicht fallen, vorbereitet und durchgeführt werden müssen, ist die Wasserversorgung der Stadt Breslau, über die bereits früher[1]) in dieser Zeitschrift berichtet worden ist. Nach einem kurzen Zeitraum vorzüglicher Leistungsfähigkeit nahm Ende März 1906 die Wassermenge ab, gleichzeitig trat eine Beimengung von Eisen und vor allem von gelösten Mangansalzen in solcher Stärke auf, daß das Wasser durch Aussehen und Geschmack ungenießbar und auch für wirtschaftliche Zwecke unbrauchbar wurde. Man mußte zu filtriertem Oderwasser zurückkehren und die Wasserwerke lieferten der Bevölkerung eine je nach dem Vorrat von einwandfreiem Grundwasser wechselnde Mischung, in der das Oderwasser mehr als die Hälfte ausmachte. Zeitweise, besonders bei Hochwasser, versagten die Oderwasserfilter und die Bevölkerung mußte amtlich aufgefordert werden, das Leitungswasser nur in gekochtem Zustande zu trinken.

Über die Ursachen der Katastrophe wurden umfangreiche Untersuchungen angestellt, an denen namentlich A. Lührig, der

---

[1]) Vgl. diese Zeitschrift, Bd. 1, H. 2, S. 100.

Leiter des städtischen chemischen Untersuchungsamts, der Direktor der Geologischen Landesanstalt Beyschlag und der Landesgeologe Michael, sowie der Breslauer Geologe Frech beteiligt waren. Aus den Verhandlungen, welche der Breslauer Magistrat Anfang 1907 in einer umfangreichen Denkschrift veröffentlichte, ergab sich als die hauptsächlichste Ursache der Störung, daß die Menge des zur Verfügung stehenden Grundwassers für den Bedarf durchaus ungenügend war und daß in den wenigen Monaten der Benutzung viel größere Mengen entnommen wurden als nachströmten; schließlich entstammte das den Brunnen entnommene Wasser hauptsächlich den tiefsten, an Sedimenten reichen Schichten.

Das praktische Ergebnis der Untersuchungen war jedenfalls, daß die Breslauer Gemeindeverwaltung die verunreinigten Brunnen einzog, die Wasserentnahme aus den gut gebliebenen Brunnen herabsetzte und mit der Neuerrichtung großer Oderwasserfilter vorging; trotz der Bedenken, die gegen die Verwendung des Wassers eines Stroms vorliegen, der durch industriereiche Gegenden fließt und einen regen Schiffsverkehr vermittelt, konnte nur durch dieses gemischte System die erforderliche Wassermenge bereit gestellt werden.

Die eingehende Erörterung der Breslauer Katastrophe hat eine Reihe von Vorschlägen hervorgerufen, in denen ein praktischer Kern enthalten ist und die möglicherweise nicht nur für Breslau, sondern auch für andere Städte in gleicher Lage die Lösung großer Schwierigkeiten bringen. Auch Magdeburg z. B. hat damit zu kämpfen, daß es, wenn irgend möglich, vom Flußwasser sich frei machen muß, aber nicht über genügende Mengen von Grundwasser verfügt. Man hat nun in Breslau den Vorschlag gemacht, die Grundwassermenge dadurch künstlich und regulierbar anzureichern, daß man Oberflächenwasser auf das Gebiet der Grundwasserversorgung leitet, sei es in Gestalt von Teichen oder in anderer Form und durch natürliche, mittels technischer Einrichtungen geförderte Filtration in den Boden einsickern läßt, um so den Grundwasserspiegel stets auf der für den Bedarf erforderlichen Höhe zu erhalten. Die Versuche, deren Ergebnis noch aussteht, können für die Frage der Wasserversorgung großer Städte bedeutungsvoll werden. A. Gottstein.

Das Heilverfahren nach den Unfallversicherungsgesetzen.

Von Dr. med. Heinrich Schmidt,

Assistent für Soziale Medizin und Abteilungsarzt im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Direktor Prof. Dr. Th. Rumpf), Bonn.

I. Heilverfahren im formellen Sinne.

1. Beginn des Heilverfahrens.

Das Heilverfahren beginnt regelmäßig nach dem Gew.-G. § 9 u. lw. G. § 8 vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalles ab. Mit dem Ablaufe der ersten 13 Wochen, der sog. Karenzzeit, beginnt also die Verpflichtung der Bg. Dieselbe hat zu gewähren:

„Freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate u. dgl.).“

Mit der übernommenen Verpflichtung zur Gewährung der Leistungen gemäß Gew.-G. § 9, lw. G. § 8, Bau-G. § 9 und See-G. § 9 steht der Bg. auch das Recht der Leitung und Überwachung zu. Denn die Bg. hat das größte Interesse daran, daß der Verletzte sich einer sachgemäßen Behandlung unterzieht, die eine möglichst schnelle Wiederherstellung bzw. eine möglichst gute Besserung im Auge hat. Es geht daher nicht an, daß der Verletzte nach freiem Belieben eine Behandlung bzw. ein Heilverfahren aufnimmt, das mit den Interessen der Bg. nicht in Einklang steht, es sei denn, daß ein Fall der Not vorliegt, was im Einzelfalle zu beurteilen ist.

Hier sei noch erwähnt, daß bestimmte Vorschriften über die

„sonstigen Heilmittel nicht bestehen“. Nach der Entscheidung des RVA. vom 17. IV. 01, A.-N. 1901, S. 398, Besch. 1861, ist von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der gesamten in Betracht kommenden Verhältnisse zu prüfen, ob etwaige Hilfsmittel, wie z. B. künstliche Gliedmaßen etc., zu gewähren sind oder nicht.

Die Pflicht zur Gewährung der erforderlichen Hilfsmittel schließt auch die Pflicht zur Instandhaltung und Erneuerung in sich, vorausgesetzt, daß nicht eine schuldhafte Zerstörung oder Beschädigung vorliegt (A.-N. 1903, S. 476, Besch. 2005).

2. Übernahme in der Wartezeit.

Die Bg. ist berechtigt, schon während der Wartezeit das Heilverfahren in Erkrankungsfällen, die durch Unfall herbeigeführt werden, auf ihre Kosten zu übernehmen. Die betr. Bestimmungen des § 76 b, c, d KVG. finden hierbei entsprechende Anwendung; siehe auch RG. über die Abänderung des KVG. vom 10. IV. 92, RGBl. S. 379 ff. (Gew.-G. § 12, Abs. II, lw. G. § 27, Abs. III, Bau-G. § 9 u. 10, See-G. § 14). Die Verwaltungen der Gemeinde-Krankenversicherung, die Vorstände der Krankenkassen und die im § 75 KVG. bezeichneten Hilfskassen sind verpflichtet, jeden durch Unfall herbeigeführten Erkrankungsfall, der durch einen nach den Unfallgesetzen zu entschädigenden Unfall herbeigeführt hat, dem Vorstande der Bg., bei welcher der Erkrankte versichert ist, anzuzeigen. Die Bg. wird sich dann darüber schlüssig werden, ob sie gemäß § 76 c KVG. das Heilverfahren selbst übernehmen will oder nicht. Es liegt im Interesse der Bg., von dieser Befugnis in vielen Fällen und hauptsächlich mehr als seither Gebrauch zu machen, vor allem um eine möglichst rasche Arbeitsfähigkeit bzw. eine möglichst geringe Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten durch ein ihr günstig erscheinendes Heilverfahren zu erzielen. Wie wichtig diese Bestimmung des § 76 b I KVG. erscheint, geht daraus hervor, daß die Unterlassung der Anzeige mit einer Geldstrafe bis zu 20 Mk. geahndet werden kann.

Die Übernahme des Heilverfahrens gemäß § 76 c KVG. seitens der Bg. gehört unzweifelhaft zu denjenigen Faktoren, die bisher noch viel zu wenig gewürdigt sind. Eine volle Würdigung kann nur erzielt werden, wenn sowohl seitens der Bg. jeder einzelne Erkrankungsfall einer sorgfältigen Prüfung im Sinne des § 76 b c unterzogen wird, als auch der erstbehandelnde Arzt nach sorg-

fältiger Untersuchung sich alsbald darüber schlüssig wird, ob nicht im gegebenen Fall die Übernahme des Heilverfahrens durch die Bg. erfolgen soll oder nicht. Wir werden auf diesen Punkt unten ausführlicher zurückzukommen haben, bemerken aber schon hier, daß ein wirklich sachgemäßes und zweckentsprechendes Handeln der Bg. im Vereine mit dem erstbehandelnden Arzte unzweifelhaft ein weit besseres Resultat zur Folge haben wird, als solches in der Gesamtübersicht für das Jahrzehnt 1893/1902 A.-N. 1904 S. 270 verzeichnet ist. Die Zukunft dürfte lehren, daß einmal ein zielbewußtes Vorgehen der Bg. und weiterhin eine schärfere Beurteilung des einzelnen Falles seitens des erstbehandelnden Arztes allein oder unter Hinzuziehung eines weiteren Arztes nicht nur zur Ermäßigung der Unfallkosten überhaupt beiträgt, sondern auch in vielen Fällen für die Wohlfahrt des Verletzten selbst und seiner Familie von ganz außerordentlicher Bedeutung ist.

3. Übertragung des Heilverfahrens an die Krankenkasse nach der Wartezeit.

(Gew.-G. § 11, lw. G. § 14, Bau-G. § 9, See-G. § 16.)

„Die Bg. ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsenen Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der 14. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Bg. für geboten erachtet.“

Eine ausdrückliche Übertragung des Heilverfahrens ist nicht erforderlich, wenn bereits gemäß § 21, Abs. 1, Ziff. 1 KVG. die Dauer der Krankenunterstützung auf einen längeren Zeitraum als 13 bzw. 26 Wochen festgesetzt ist oder wenn sich gemäß § 6, Abs. II KVG. die Leistungen der Krankenkassen auf einen längeren Zeitraum als 13 Wochen erstrecken.

Daß die Bg. befugt ist, auch schon innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall das Heilverfahren zu übertragen, z. B. wenn die Krankenkasse die ihr obliegenden Leistungen zu Unrecht eingestellt hat, bedarf keiner weiteren Ausführung.

Im übrigen kann den Krankenkassen von den Bg. die Fürsorge für Verletzte nur bis zur Beendigung des Heilverfahrens übertragen werden (A.-N. 1889, S. 196, Rek.-E. 705). Die beauftragten Kassen (siehe Gew.-G. § 11, Abs. IV und lw. G. § 14, Abs. V,

Bau-G. § 9, See-G. § 16) sind zur Übernahme des Heilverfahrens verpflichtet.

Eine Sonderbestimmung trifft Gew.-G. § 11, Abs. II, lw. G. § 14, Abs. III, indem nämlich die Landes-Zentralbehörde anordnen kann, daß die Mitglieder derjenigen Krankenkassen, welche Heilanstalten errichtet haben, in denen ausreichende Einrichtungen für die Heilung der durch den Unfall herbeigeführten Verletzungen getroffen sind, bis zum Beginn der 14. Woche nur mit Genehmigung der Vorstände dieser Kassen in andere Heilanstalten untergebracht werden dürfen. Diese Bestimmung hat wohl in erster Linie einen materiellen Charakter, indem, wie begreiflich, die betr. Kassen in der Lage sein sollen, ihre eigenen Heilanstalten mit Kranken belegen zu können, ferner um jede unnötige, mit Auslagen verbundene Überweisung in eine andere Anstalt tunlichst vermeiden zu können.

Der Verletzte darf während des Heilverfahrens nur mit seiner Zustimmung in eine andere Heilanstalt überführt werden. Dies hat seine Berechtigung, indem einerseits nicht nach Willkür eine Überweisung in eine andere Anstalt erfolgen kann und weil andererseits Beschwerden des Verletzten wegen unnötiger Überweisung vorgebeugt werden soll. Es kann allerdings diese Zustimmung durch die untere Verwaltungsbehörde des Aufenthaltes ergänzt werden. Die untere Verwaltungsbehörde (als welche nach der Ausführungsanweisung zum Unfallversicherungsgesetz für G. und F. vom 19. VIII. 1900 in Städten mit mehr als 10 000 Einwohnern die Gemeindebehörden, im übrigen die Landräte anzusehen sind) wird z. B. von diesem Rechte Gebrauch machen, wenn die Überführung offenbar oder nach Ansicht des Arztes im Interesse des Heilverfahrens für unbedingt erforderlich erachtet wird oder wenn gar der Verletzte aus Schikane einer Überführung widersprechen sollte.

Die Ersatzpflicht ergibt sich aus Satz 1 u. 2 des Abs. I zu § 11 Gew.-G. und § 14 lw. G., Bau-G. § 9 und See-G. § 16.

Über das Verhältnis der Krankenkasse zu der Bg., welche ihr die Fürsorge für einen Verletzten über die 13. Woche hinaus übertragen hat, siehe Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 14. II. 1889, A.-N. 1890, S. 510. Die Übertragung der Entschädigungsleistung seitens der Bg. ist nicht Voraussetzung des Ersatzanspruches der Krankenkassen an die Bg. für statutarische Leistungen der Krankenkassen nach dem Beginn der 14. Woche nach dem Unfall (A.-N. 1896, S. 305).

4. Beendigung des Heilverfahrens bei fortdauernder Erwerbsunfähigkeit.

Für den Fall, daß das Heilverfahren beendet, die volle Erwerbsfähigkeit aber noch nicht hergestellt ist und die Krankenkasse kein Krankengeld mehr gewährt, trifft Gew.-G. § 13, lw. G. § 15, Bau-G. §§ 9 u. 10, See-G. § 15 die Bestimmung, daß die Bg. dem Verletzten die Unfallrente schon von dem Tage ab zu gewähren hat, an welchem der Anspruch auf Krankengeld in Wegfall kommt.

Der allgemeine Grundsatz, daß die Leistungen aus der Unfallversicherung erst mit dem Ablauf der ersten 13. Woche eintreten, wird also durch obige Bestimmung durchbrochen und ist als Voraussetzung hierfür erforderlich, daß entweder Krankengeld seitens der versicherungspflichtigen Personen bezogen worden ist oder ein Anspruch auf Krankengeld in jener Zeit bestanden hat.

Auf landwirtschaftliche Arbeiten findet obige Bestimmung insofern keine Anwendung, als dieselben Krankengeld nicht bezogen haben. (Siehe im übrigen A.-N. 1901, S. 363, Besch. 1854, A.-N. 1901, S. 599, RE. 1881.)

5. Ein neues Heilverfahren jederzeit.

(Gew.-G. § 23, lw. G. § 24, Bau-G. § 9, See-G. § 18.)

Die Bg. kann, wenn begründete Annahme vorhanden ist, daß der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung der Erwerbsfähigkeit erlangen werde, jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen. Eine begründete Annahme im obigen Sinne ist stets als vorhanden anzunehmen, solange eine Aussicht auf Besserung der Unfallfolgen besteht. Es finden die früheren Bestimmungen gemäß Gew.-G. § 11, Abs. I u. II und lw. G. § 14 mit Ausnahme des Abs. III bzw. Abs. IV dieser Paragraphen entsprechende Anwendung.

Weigert sich der Verletzte ohne gesetzlichen und triftigen Grund, bei Wiedereröffnung eines neuen Heilverfahrens den Maßnahmen der Bg. nachzukommen, so kann ihm der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden unter den weiteren Voraussetzungen des Gew.-G. § 23, Abs. II, lw. G. § 24, Abs. II, Bau-G. § 9, See-G. § 18.

Als gesetzlicher Grund zur Weigerung ist z. B. die Bestimmung

des § 22 Gew.-G., Abs. I, Ziff. 1 anzusehen und die analogen Bestimmungen der übrigen Gesetze.

Welche Gründe, als triftig oder als nicht triftig anzusehen sind, wird im Einzelfalle zu entscheiden sein. Unter den zahlreichen hierüber eingegangenen Entscheidungen, die sich auf Moral, Zweckmäßigkeit, allgemeine Vorschriften, analoge Bestimmungen anderer Gesetze etc. beziehen können, sei nur auf folgende hingewiesen:

	A.-N.	1900	Seite	669
RE.	752	1889	„	358
RE.	1219	1893	„	167
RE.	1535	1896	„	382
RE.	1685	1897	„	580
RE.	2107	1905	„	430
RE.	501	1888	„	197
RE.	610	1888	„	333
RE.	871	1890	„	499
RE.	500	1888	„	196
B.	1353	1894	„	283
		1903	„	593
RE.	1216	1893	„	166
RE.	1718	1898	„	362
		1899	„	442
RE.	1219	1893	„	167

Im Falle der Weigerung können (gemäß einer Rek.-Entsch. 2026 A.-N. 1903, S. 593/94) die für den Verletzten ungünstigen Schlüsse gezogen werden. Es wird darin ausdrücklich betont, daß die Bg. bei endgültiger Weigerung zu dem Rentenanspruche Stellung zu nehmen hat gemäß Abs. II obiger Paragraphen.

Wegen der weiteren Auslegung dieser Paragraphen siehe Rek.-Entsch. A.-N. 1903, S. 468 ff., RE. 2000.

Nach einer mit Bewilligung des Verletzten vorgenommenen Operation darf letzterer den Heilprozeß nicht vereiteln, muß vielmehr die Durchführung desselben im Krankenhause abwarten (A.-N. 1890, S. 499, RE. 871).

6. Das Wahlrecht der Bg. aus Gew.-G. § 22, lw. G. § 23, Bau-G. § 9, See-G. § 17.

Die Bg. hat die Befugnis, an Stelle der Leistungen aus Gew.-G. §§ 11 u. 12, lw. G. § 8 dem Verletzten freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt zu gewähren. Zustimmung des Verletzten ist erforderlich, wenn derselbe verheiratet ist, eine eigene Haushaltung

hat oder Mitglied der Haushaltung seiner Familie ist. Die Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung und Pflege in der Familie nicht sachgemäß ausgeführt werden kann, oder wenn nach Ansicht des Arztes des Aufenthaltsortes des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung des Verletzten erforderlich ist.

Die Ausübung des Wahlrechts hat unter Hinweis auf die Folgen der Weigerung durch formellen Bescheid zu erfolgen, welcher der Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung unterliegt.

Wann das Wahlrecht von der Bg. ausgeübt wird, ergibt sich im Einzelfalle, jedenfalls muß ähnlich, wie oben bei der Wiedereröffnung des Heilverfahrens — abgesehen von den Fällen, in denen die Anordnung der Heilanstaltsbehandlung unausführbar ist, wenn der Verletzte z. B. im Zuchthaus, im Ausland, oder nicht transportfähig ist — hinsichtlich der „begründeten Annahme" dargelegt ist, Aussicht auf Erfolg der Heilbehandlung vorliegen. Handelt es sich bei der Einweisung in eine Heilanstalt um ärztliche Beobachtung behufs Feststellung der Unfallfolgen, so ist zu diesen Maßnahmen außer der Bg. unter Umständen auch das Schiedsgericht und das Reichsversicherungsamt bei Erstattung der dem Verletzten entstehenden Kosten befugt (Hdb. der Unfallversicherung von Breitkopf und Härtel — S. 180, Anm. 2).

Der Verletzte ist verpflichtet, sich den ärztlichen und häuslichen Anordnungen der Heilanstalt zu unterwerfen (A.-N. 1888, S. 196). Er hat persönlich dazu beizutragen, daß ein möglichst guter Heilerfolg erzielt wird. Dagegen kann der Verletzte ohne Nachteil für seinen Entschädigungsanspruch Operationen, sowie Eingriffe, die mit einer gewissen Lebensgefahr verbunden sind, wie z. B. Narkose, stets ablehnen.

Im Falle der Widersetzung seitens des Verletzten kommt Gew.-G. § 23, Abs. II und die analogen Paragraphen der übrigen Gesetze in Betracht.

Gegen den Willen des Verletzten kann von der Bg. das Wahlrecht nur ausgeübt werden, solange das Heilverfahren nicht beendigt ist (A.-N. 1891, S. 358, B. 1073). Wann letzteres als beendigt anzusehen ist, siehe A.-N. 1891, S. 211, Rek.-Entsch. 969.

Übt die Bg. nachträglich das Wahlrecht aus, wenn also von anderer Seite eine Heilanstaltsbehandlung eingeleitet war, so ist sie auch im Falle der Übernahme der Anstaltsbehandlung verpflichtet, die Angehörigenrente zu zahlen. Weigert sie sich indessen, so kann die Angehörigenrente nicht beansprucht werden (A.-N. 1900, S. 716, RE. 1819 — siehe auch 1888, S. 282, RE. 551).

Die Bg. können regelmäßig behufs mediko-mechanischer Behandlung den Eintritt des Verletzten fordern, auch wenn der Verletzte eine an sich gute, ambulante mediko-mechanische Behandlung genießt (A.-N. 1893, S. 167, RE. 1218). Siehe im übrigen hinsichtlich des Wahlrechts:

1886	Seite 292	B. 241
1888	„ 282	RE. 552
1889	„ 358	RE. 752

7. Kosten des Heilverfahrens.

Als Kosten des Heilverfahrens kommen in Betracht nach Gew.-G. § 9, Abs. I, Ziff. I u. lw. G. § 8, Abs. I, Ziff. I: Freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, nach Gew.-G. § 22, lw. G. § 23, Bau-G. § 9, See-G. § 9: freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt; auch Irrenpflege, ev. mit der Krankenpflege in Zusammenhang stehende Reise- und Transportkosten, künstliche Gliedmaßen, deren Instandsetzung und Erneuerung und Ähnliches.

Die Leistungen beginnen mit dem Tode sofort, sonst regelmäßig mit dem Beginn der 14. Woche. Die Leistung bei Übertragung ist bereits oben berührt. Ausnahme siehe Gew.-G. § 12 u. 13, Bau-G. §§ 9, 10, See-G. § 14.

Es wird grundsätzlich nur dafür Ersatz geleistet, was objektiv zu einem sachgemäßen Heilverfahren erforderlich war. Eine subjektive Entschädigungsfeststellung seitens des Verletzten oder des Versicherers kommt nicht in Betracht. Als Kosten des Heilverfahrens gelten auch Honorare der Ärzte vor der Auftragserteilung seitens der Bg., wenn die Behandlung angezeigt war (A.-N. 1896, S. 493). Die Ersatzpflicht ist unter Umständen beschränkt bei einem ohne Befragung der Bg. vom Verletzten veranlaßten, notwendigen Heilverfahrens A.-N. 1898, S. 261, RE. 1706, B. 1563), desgleichen bei einem von der Krankenkasse eingeleiteten Heilverfahrens (A.-N. 1898, S. 555, RE. 1733).

Kosten der Reise eines Verletzten behufs Gestellung in einer Heilanstalt hat die Bg. vorzuschießen (A.-N. 1887, S. 27, B. 276). Einweisung in eine Heilanstalt verpflichtet die Bg. unter Umständen auch zur Lieferung von Kleidungsstücken an den Verletzten (A.-N. 1891, S. 210, RE. 966), aber nicht zur Gewährung von Bier und Zigarren zum bloßen Genuß (A.-N. 1891, S. 210, RE. 967).

Die Höhe der von der Bg. zu erstattenden Kosten des Heilverfahrens kann auch gegenüber der an Stelle des Verletzten getretene Krankenkasse (UVG. § 8) nur von den Instanzen des UVG. festgestellt werden. Entscheidung des Reichsgerichts vom 25. II. 1896, A.-N. 1896, S. 311, Nr. 2. — Kosten des Heilverfahrens innerhalb der ersten 13. Woche können die Krankenkassen von der vorher nicht befragten Bg. nicht erstattet verlangen (A.-N. 1905, S. 411, B. 2103). Wegen Lieferung, Instandhaltung und Erneuerung von Hilfsmitteln (Stützen, Krücken etc.) siehe A.-N. 1903, S. 476, B. 2005.

Hinsichtlich der Kosten vermehrter Pflege und Aufwartung, der Kosten des Heilverfahrens siehe Entscheidung des Reichsgerichts (A.-N. 1892, S. 259, Nr. 6).

Die Feststellung erfolgt gemäß Gew.-G. § 69, lw. G. § 75, Bau-G. § 37, See-G. § 74 durch Beschlußfassung, und zwar sofern die Genossenschaft in Sektionen eingeteilt ist, durch den Vorstand der Sektion, wenn es sich handelt um die im Gew.-G. § 69, Abs. I, Ziff. I und lw. G. § 75, Abs. I, Ziff. I unter a. bis e. bezeichneten Leistungen, in allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

Gemäß Absatz 2 obiger Paragraphen kann die Feststellung auch durch besondere Kommissionen, Vertrauensmänner, Ausschuß des Genossenschafts- oder Sektionsvorstandes erfolgen.

Soll nach Gew.-G. § 69 u. lw. G. § 75, Abs. II, (Bau- u. See-G.) auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Ev. Zurückweisung an die Vorinstanz. (A.-N. 1903, S. 472, RE. 2001, 2002.) Wer als behandelnder Arzt anzusehen ist, siehe A.-N. 1901, S. 180, Bescheid 1843.

Die Festsetzung der Entschädigung erfolgt von Amts wegen in beschleunigtem Verfahren (Gew.-G. § 71, Abs. 1, lw. G. § 77, Bau-G. § 37, See-G. § 76). Siehe hierzu Motive (1900) zu § 58. Die Beschleunigung gilt auch für den Fall des Abs. II dieser Paragraphen. Im Falle des Abs. III hat vorläufige Zubilligung der Entschädigung zu erfolgen.

Daß diese Beschleunigung wohl die größte Verzögerung erleidet durch das Heilverfahren, die Feststellung des Grades der Erwerbsfähigkeit, die erforderlichen ärztlichen Beobachtungen und die im Anschluß daran zu erstattenden Gutachten liegt auf der Hand. Immerhin aber muß prophylaktisch für eine möglichst schnelle Erledigung dieser Maßnahmen mehr als bisher Sorge getragen werden. Wir werden auf diesen Punkt später zurückkommen.

Die Feststellung hat zu erfolgen in demjenigen Zeitpunkt, in welchem alle für die Entschädigung erheblichen Tatsachen feststehen. Zu diesem Behufe ist unter Umständen nicht erforderlich, daß die Bg. die Durchführung der Unfalluntersuchung etc. abwartet. Siehe im übrigen Anleitung des RVA. vom 11. I. 1888 (Hdb. S. 901 ff.)

Eine Feststellung der Entschädigung wird auch dann als geschehen angesehen, wenn die Fürsorge für den Verletzten einer Krankenkasse übertragen ist oder nur die Kosten des Heilverfahrens übernommen sind (A.-N. 1891, S. 290, RE. 1066).

Bei wesentlichen Veränderungen der Verhältnisse (z. B. erhebliche Besserung, Verschlechterung, Tod, Notwendigkeit der Heilbehandlung) für die Feststellung kann anderweite Feststellung erfolgen (Gew.-G. § 88, lw. G. § 94, Bau.-G. § 37, See-G. § 92). Dieselbe erfolgt auf Antrag oder ex officio durch Bescheid der Bg., ev. auf Antrag durch Entscheidung des Schiedsgerichtes. Zu dem Antrage auf Wiederaufnahme eines Heilverfahrens ist neben dem Verletzten auch die Krankenkasse, der er angehört, berechtigt (Abs. IV). Dieselbe hat nicht nur ein berechtigtes Interesse an dem Heilerfolge ihrer Mitglieder sondern auch hinsichtlich des zu leistenden Ersatzanspruches im Sinne des Gew.-G. § 25, lw. G. § 30, Bau-G. § 9, See-G. § 29. Siehe hierzu Gew.-G. § 91, lw. G. § 97, Bau-G. § 37, See-G. § 95 bezüglich des neuen Heilverfahrens. Nach Abschluß desselben erfolgt die Entschädigungsfestsetzung etc. stets durch Bescheid der Bg.

Wesentliche Veränderung ist in der Hauptsache nur dann vorhanden, wenn Konnexität zwischen Unfall und Veränderung vorliegt (RE. 1955, A.-N. 1902, S. 560).

Zur Prüfung, ob überhaupt wesentliche Veränderungen vorliegen, können ärztliche Untersuchungen vorgenommen werden (Rechtshilfe § 154 lw. G.), bei grundloser Weigerung die dem Verletzten ungünstige Schlußfolgerung (RE. 2026, A.-N. 1903, S. 593).

8. Rekurs unzulässig über Kosten des Heilverfahrens (Gew.-G. § 80, lw. G. § 86, Bau-G. § 37, See-G. § 84).

Aus den erwähnten Paragraphen der verschiedenen Unfallgesetze geht hervor, daß nur in den Fällen § 69, Abs. I, Ziff. 2 und den entsprechenden Paragraphen der übrigen Unfallgesetze dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen, sowie dem Genossenschaftsvorstande das Rechtsmittel des Rekurses zusteht.

Es ist also die Entscheidung des Schiedsgerichts endgültig, wenn es sich handelt:

1. um freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate u. dgl.)

2. um die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt.

Die wichtigsten ergangenen Entscheidungen, das Heilverfahren betreffend, sind folgende;

Streit darüber, wieweit das Heilverfahren reicht und was zu den Kosten desselben gehört, ist nicht rekursfähig (A.-N. 1890, S. 194, RE. 819). Dagegen ist Rekurs zuzulassen über Kosten des Heilverfahrens nach Verbindung mit einem Rekurse zu gemeinsamer Verhandlung und Entscheidung (A.-N. 1890, S. 487, RE. 847). Siehe hierzu A.-N. 1903, S. 257, RE. 1979, wonach die Zulässigkeit des an sich unzulässigen Rekurses (Heilanstaltsbehandlung) durch Verbindung zur Verhandlung mit einem zulässigen Rekurse der Gegenpartei nicht begründet wird. Rekurs ist ferner zulässig in einem Streite über die Kosten des Heilverfahrens wegen der Frage der Zuständigkeit des Schiedsgerichtes, das sich ohne sachliche Entscheidung für unzuständig erklärt hat (A.-N. 1898, S. 555. RE. 1733).

Rekurs ist unzulässig, wenn es sich um Erstattung der Kosten des Heilverfahrens handelt (A.-N. 1900, S. 670, RE. 1808). Rekurs ist unzulässig gegen Schiedsgerichtsurteil, das nur für die Dauer eines beendigten Heilverfahrens Anspruch auf freie Krankenhausbehandlung zuerkennt (A.-N. 1895, S. 260, RE. 1468). Rekurs ist ferner zulässig wegen der Wirkung des eigenmächtigen Verlassens einer Heilanstalt auf den Rentenanspruch (A.-N. 1901, S. 625, RE. 1891).

II. Das eigentliche Heilverfahren.

Das eigentliche Heilverfahren nach den Unfallgesetzen gestaltet sich im allgemeinen nicht anders als dasjenige im Privatbetrieb überhaupt. Es findet daher bei der Behandlung seitens des Arztes kein Unterschied statt, ob der Verletzte einer Krankenkasse, Berufsgenossenschaft angehört oder ob sich jemand in private Behandlung begibt. Alle Verpflichtungen, welche dem gewissenhaften Arzt durch seine Berufspflicht gegenüber einem Privatkranken zufallen, gelten in gleicher Weise für das Mitglied

einer Krankenkasse, einer Genossenschaft oder der Invalidenversicherung etc. — Infolge der mangelhaften Honorierung der kassenärztlichen Leistungen und des geringen Interesses vieler Krankenkassenvorstände, weiterhin infolge der mangelnden Zeit für die einzelnen Fälle, hat sich leider vielfach der Gebrauch ausgebildet, den Mitgliedern von Krankenkassen oder Genossenschaften bei der Behandlung nicht das Interesse zu zeigen, nicht jene Aufmerksamkeit zuzuwenden, wie sie bei der Behandlung eines bemittelten Privatkranken die Regel ist. Es ist dies eine traurige Tatsache, die durchaus zu verurteilen ist. Hat der Arzt einmal seinen Beistand zugesagt, so darf eben kein Unterschied mehr gemacht werden zwischen Arm und Reich, Freund oder Feind. Ja, man kann nicht selten wahrnehmen, daß bei der Behandlung sogar ein Unterschied gemacht wird zwischen Krankenkassenmitgliedern und solchen Kranken, deren Behandlung die Berufsgenossenschaften übernommen haben. Wenn auch die Berufsgenossenschaften meist in den wichtigeren Fällen das Heilverfahren selbst übernehmen, so liegt darin doch noch kein Grund, die weniger wichtig erscheinenden Fälle, die in der Behandlung der Krankenkassen bleiben, stiefmütterlicher zu behandeln. Durch letzteren Umstand wird das Heilverfahren unnütz in die Länge gezogen und die Kranken werden nicht selten systematisch zu sogenannter „traumatischer Neurose" (Hypochondrie, Neurasthenie, Hysterie, Querulantentum) erzogen. Den von einigen Ärzten gemachten Einwand, daß man von den Kassenmitgliedern, von den Armenverwaltungen gesandten Kranken etc. keinen oder zu wenig Dank ernte, können wir nicht unterstützen. Undankbare Menschen gibt es überall, dieselben findet man bei Privatkranken ebenso wie bei Mitgliedern der Arbeiterversicherung.

Die Tätigkeit des erstbehandelnden Arztes ist hinsichtlich der Folgen des Unfalles von allergrößter Bedeutung, sei es, daß eine äußere Verletzung stattgefunden hat, sei es, daß ein Unfall durch Einwirkung stumpfer Gewalt vorliegt. Wird nach dem Unfall der erste Moment energischen Eingreifens, vor allem die sichere Beurteilung, ob der Verletzte sofort in eine geeignete Heilanstalt zu überweisen ist oder nicht, verpaßt, dann pflegt oft viel verloren zu sein, da es in nur wenig Fällen gelingt, das Versäumte wieder nachzuholen. Der Verletzte ist gleich nach dem Unfalle einer Erfolg versprechenden Behandlung und einem operativen Eingriff zugänglich. Nach Ablauf einer gewissen Zeit pflegt das nicht mehr der Fall zu sein.

Hat man vollends so lange gewartet, bis sich teils eigene Vorstellungsideen bei den Verletzten gebildet haben, teils von dritter Seite ungünstige Einwirkungen stattgefunden haben, dann ist sehr oft das Heilverfahren sowohl hinsichtlich der Dauer und, was das Wichtigste ist, hinsichtlich der späteren Erwerbsfähigkeit in vielen Fällen ein wenig aussichtsvolles.

Wir können hier den Ausführungen von Pieper[1]) (Seite 19) nur beipflichten, daß jede Berufsgenossenschaft unmittelbar bei Beginn ihrer Entschädigungspflicht in jenem einzelnen Falle sich darüber klar werden soll, ob der betr. Verletzte noch eine weitere Behandlung nötig hat oder nicht.

In der Tat läßt die Behandlung innerhalb der ersten Wochen häufig zu wünschen übrig, entweder dadurch, daß die Fälle nicht mit genügender Rücksicht auf das zu erstrebende funktionelle Resultat behandelt oder nicht rechtzeitig zu einer sachgemäßen Nachbehandlung abgegeben werden. Man sollte, wie Lossen[2]) (S. 452) sagt, meinen, daß es nicht schwer sei, aus den Unfallanzeigen zu entnehmen, ob ein Fall zur Nachbehandlung geeignet sei oder nicht. Daß der erstbehandelnde Arzt oft kein Interesse zeigt, einen Patienten abzugeben, wie Lossen (S. 452) hervorhebt, spielt doch wirklich hier keine Rolle. Es kommt doch nicht die etwaige Benachteiligung des erstbehandelnden Arztes in Betracht, sondern nur das Ziel, die schnellste Wiederherstellung des Verletzten. Als Folgen einer mangelhaften Diagnose, besonders für die inneren Fälle, hört man nicht selten Aussprüche seitens des Verletzten: „Das wird doch nicht wieder gut", „kein Arzt kann mehr helfen" und ähnliche. Es ist ungemein schwer und erfordert außerordentlich viel Mühe, den Verletzten dann zu einer anderen Ansicht zu bekehren und ihm zu beweisen, daß die teils von den Angehörigen teils vom Arzt suggerierte schwere Erkrankung tatsächlich nicht besteht.

Auch können wir nicht sagen, daß die anderweitige Anordnung von Maßnahmen seitens der Berufsgenossenschaft oder eine in diesem Sinne ausgeführte Kontrolle seitens eines Vertrauensarztes ein Mißtrauen in die Behandlungsmethode des erstbehandelnden Arztes bedeutet. Es ist wahrlich die höchste Zeit, daß endlich mal von berufener und interessierter Seite, nämlich von Vertretern

---

[1]) Pieper, Betrachtungen über das Heilverfahren bei den Berufsgenossenschaften. Darmstadt 1904, Verlag von G. L. Schlapp.

[2]) Lossen, Die Ernst Ludwig-Heilanstalt. Darmstadt 1905, Verlag von G. L. Schlapp.

der Bg., energisch gegen die vielfachen Verfehlungen seitens der erstbehandelnden Ärzte Front gemacht wird. Neuerdings hat Lohmar in einem Vortrage (Sitzung für Soziale Medizin in Bonn am 10. I. 07) eingehend die Mangelhaftigkeit des Heilverfahrens an zahlreichen Beispielen illustriert. In gleichem Sinne wie Pieper und Lohmar hat Schwanck[1]) (S. 1—20) die Mängel des Heilverfahrens in der Unfallversicherung zur Genüge dargelegt. Ärzte, welche sich viel mit Angelegenheiten der Unfallversicherungsgesetze beschäftigen, können in der Tat jedes Wort der obengenannten Vertreter von Bg. unterschreiben. Es sind immer dieselben traurigen Ergebnisse des Heilverfahrens, welche sich in den Unfallakten der Bg. bzw. deren Sektionen vorfinden, auf welche in gleichem Maße von ärztlicher Seite, so z. B. von Liniger[2, 3, 4]) Ledderhose[5]) und Hoffa[6]) und anderen immer und immer wieder aufmerksam gemacht wird.

Solange der erstbehandelnde Arzt nicht die einschlägigen modernen Behandlungsmethoden und den Betrieb bei der Bg. kennt, kann von einem idealen Heilverfahren nicht die Rede sein.

In der Unfallchirurgie ist im allgemeinen das konservative Verfahren im Prinzip zu verwerfen; es ist einzig und allein das Augenmerk darauf zu richten, eine völlige Wiederherstellung oder den bestmöglichsten Erfolg hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit zu erzielen (operativer Eingriff bzw. entsprechende Nachbehandlung). Damit hat man nicht nur dem Verletzten und seiner Familie, den Bg. etc. am meisten gedient, sondern der Arzt wird auch durch solches Verfahren den größten Dank ernten. Was nützt dem Arbeiter der erhaltene Finger, wenn derselbe im Grundgelenk nicht bewegt werden kann? Die betreffende Hand ist dann oft nicht nur gebrauchsunfähig, sondern aus dem früher fleißigen wird jetzt

---

[1]) A. Schwanck, Die Reform des Heilverfahrens etc. Köln 1906, Verlag von Paul Neubner.

[2]) Die Behandlung und Begutachtung von Verletzungen der Arbeiterhand. Bonn 1906.

[3]) Oberschenkelbruch und Unfallversicherung. Archiv für Orthopädie, Mechanoth. u. Unf.-Chir., Bd. V, H. 2/3.

[4]) Arzt und Attest. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen, 14. Jahrg., Nr. 2, 1907.

[5]) Vortrag, gehalten auf dem 21. Verbandstage der deutschen Baugewerks-Bg. am 8. September 1906 in Stuttgart.

[6]) Vortrag, gehalten auf dem internationalen medizinischen Kongreß in Lüttich (Juni 1905): „Über Unfallfolgen und deren Behandlung“.

ein arbeitsscheuer Arbeiter, ein Hysteriker, ein Querulant, der den Trägern der Versicherung nur zur Last fällt, sich niemals operieren läßt und nur den Gedanken hat, möglichst Kapital aus seinem erlittenen Unfalle zu schlagen. Nachdem durch die Arbeiter-Versicherungsgesetze nun einmal die Zahl der sog. Unfallneurosen in bedenklichem Maße gestiegen ist, muß es eine der höchsten Aufgaben des Arztes sein, danach zu trachten, daß solche im Keime erstickt werden.

Dies kann in der Unfallchirurgie, wie oben dargetan, vielleicht in den weitaus meisten Fällen nur durch die zeitige operative Behandlung bzw. entsprechende Nachbehandlung geschehen. Die Nachbehandlung ist, wie im Laufe der Zeit die Erfahrungen gelehrt haben, unbedingt angezeigt nach allen Knochenbrüchen, Verrenkungen, schweren Quetschungen, Distorsionen, länger andauernden Zellgewebsentzündungen u. dgl. Siehe hierzu Schwanck a. a. O., Anhang S. 2. Daneben darf selbst hier nicht vergessen werden, daß der Verletzte oft einer psychischen Behandlung bedarf.

Es hat sich ferner im Laufe der Zeit nach dem Inkrafttreten der Unfallversicherungsgesetze eine Erscheinung bemerkbar gemacht, die sich nach und nach sehr ausgebreitet hat und die bezüglich einer prophylaktischen Maßnahme mehr Beachtung verdient. Viele Verletzte glauben nämlich, selbst wenn nach einem Unfall irgendwelche Unfallfolgen, welche später zu einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit führen, nicht mehr bestehen, dennoch ein Recht auf eine Entschädigung zu haben. Zur Erlangung dieses vermeintlichen Anspruches — der nicht lediglich als eine Folge der Unkenntnis der Gesetze anzusehen ist, sondern wohl mehr aus den Gedanken entspringt, als sei der in Frage stehende Anspruch gewissermaßen ein Schmerzensgeld — wird dann zu den erdenklichsten Mitteln gegriffen, zumal wenn nach dem Unfall weder eine psychische noch irgend eine andere, besondere Behandlung eingeleitet wurde. Hier müssen die Ärzte durch Belehrung eingreifen und zwar in Fällen ohne organische Erkrankung durch offene Aufklärung, bei der Behandlung kleiner Leiden durch Anspornung der Energie. Der Umstand aber, daß nichts geschieht, ist eben für Verletzte die Ursache, aus dem Unfall Tatsachen zu konstruieren, die möglicherweise doch zu einer Entschädigung führen. Es kann daher bei vielen derartiger, meist in Behandlung der Krankenkassen bleibender Fälle, die scheinbar ohne alle Folgen — ohne Einleitung eines be-

sonderen Heilverfahrens — heilen, nur von Nutzen sein, wenn auch nur irgend eine besondere Maßnahme vorgenommen wird, damit der Verletzte sieht, daß man sich seiner voll und ganz annimmt, um seine Wiederherstellung herbeizuführen. Die Ausführung einer solchen Behandlung will vielleicht kleinlich erscheinen. Wenn man aber bedenkt, daß durch solche Maßnahmen recht viele kleinere Renten vermieden werden, so dürfte diese scheinbar überflüssige, prophylaktische Behandlung doch wohl etwas mehr als bisher in geeigneten Fällen am Platze sein. Sie kann häufig doch auch insofern von Nutzen sein, als sie vorbeugend die Anzahl von etwa später eintretenden Hysterien herabmindert.

Wir betonen noch, daß die hier fraglichen Fälle am besten in der Behandlung des erstbehandelnden Arztes verbleiben, da durch eine Überweisung in eine Heilanstalt der Ideenkreis zur Erlangung einer Rente vielleicht nur noch vergrößert wird. Gerade bei solchen kleineren Leiden empfiehlt es sich sehr, die Verletzten über das Wesen der Unfallversicherungsgesetze aufzuklären; man erreicht dadurch manchmal mehr, als man vorher geglaubt hat.

Nicht nur die Bg. sondern auch die Versicherungsanstalten erwägen im gegebenen Falle, ob ein Arzt für eine etwaige Untersuchung und Behandlung geeignet ist oder nicht. Eine solche Erwägung kann nur im Interesse der Versicherungsträger liegen, weshalb es auch von diesen auf Grund der gesammelten Erfahrungen in der Regel so gehalten wird, daß den tüchtigen und gewissenhaften Ärzten die Patienten belassen werden, daß letztere hingegen aus der Behandlung von zweifelhaften Ärzten entfernt werden.

Der oben ausgesprochene Grundsatz, die Unfallneurosen im Keime zu ersticken, kommt noch mehr als in der Unfallchirurgie in denjenigen Fällen zur Geltung, in denen eine äußere Verletzung nicht stattgefunden hat oder bei denen eine operative Behandlung nicht erforderlich ist oder die anatomischen Unfallfolgen geschwunden sind. Es ist daher in solchen Fällen, z. B. Gehirn- und Rückenmarkserschütterungen, Brustkontusionen etc., von vornherein neben sachgemäßer symptomatischer Behandlung das Hauptaugenmerk des erstbehandelnden Arztes darauf zu richten, der Entstehung der Unfallneurosen durch psychische Behandlung möglichst vorzubeugen. Versäumt der erstbehandelnde Arzt, zu welchem der Kranke in der Regel das größte Vertrauen hat oder wenigstens haben soll, den Kranken in entsprechender Weise psychisch zu beeinflussen, so ist, wie oben bereits berührt, damit häufig bereits soviel verloren, daß es in sehr vielen Fällen überhaupt nicht mehr

gelingen wird, ein befriedigendes Resultat zu erzielen. Auf diese Weise muß man hin und wieder sehen, daß Kranke, bei denen nachweislich vom Unfall an jeder objektive Befund gefehlt hat, für das Heilverfahren ganz oder teilweise als verloren anzusehen sind, nur aus dem Grunde, weil von Anfang an nicht die Maßnahmen eines sachgemäßen Heilverfahrens, einer geeigneten, psychischen Behandlung vorgenommen wurden. Solche Kranke wollen dann häufig später gar nicht mehr gesund werden.

In gewissen Fällen wäre die Aussicht auf eine Besserung vielleicht noch vorhanden, aber die Kosten des Heilverfahrens dürften dann oft wohl kaum noch im Verhältnis zu dem Erfolge stehen. Denn was nützt ein vielleicht monatelanges Heilverfahren, um den Verletzten ev. wieder auf die Beine zu bringen, zum Arbeiten bringt man einen solchen Kranken doch nicht mehr: also in bezug auf die Erwerbsfähigkeit wäre nichts erreicht; dann steht sich eine Bg. noch am besten, wenn sie einem solchen Verletzten auf sein immerwährendes Verlangen hin z. B. einen Fahrstuhl schenkt, damit sie für eine gewisse Zeit von einem solchen unheilbaren Hysteriker und Querulanten nicht mehr belästigt wird. Wenn auch die meisten Fälle nicht so kraß sind, wie der eben erwähnte, vor einiger Zeit bei uns vorgekommene, so ähneln ihm hinsichtlich des Erfolges doch recht viele. Dieser und ähnliche Fälle sind ein Beweis für die Ausstellung von unbegründeten ärztlichen Zeugnissen, namentlich hinsichtlich einer mangelhaften Untersuchung, einer falschen Diagnose und einer ungerechtfertigten Prognose.

Daß die sachgemäße, psychische Behandlung keine leichte Aufgabe ist, weiß jeder. Vielleicht ist dies auch der Grund, weshalb dieselbe zu wenig ausgeführt wird. Es kann hier nicht auf das einzelne eingegangen werden, doch es sei bemerkt, *daß es für die Folgezeit unbedingt erforderlich werden wird, sich mit prophylaktischen Maßnahmen, der psychischen Behandlung mehr als bisher zu befassen*, worauf ja auch das RVA. wiederholt, so z. B. in seiner Bemerkung zu der Gesamtübersicht für das Jahrzehnt 1893/1902 hingewiesen hat (A.-N. 1904, S. 270) und auch ferner neuerdings in einem Rundschreiben vom 17. VII. 06 an die Versicherungsträger der Unfall- und Invalidenversicherung (betr. die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs) zum Ausdruck gelangt, daß durch vorbeugende und heilende Maßnahmen analog den Unfallverhütungsvorschriften schädigenden Einflüssen entgegenzuwirken sei (A.-N. 1906, S. 507/8).

Daß die bisherige ärztliche Behandlung einen so wenig pro-

phylaktischen Charakter hat, hat aber einen nicht geringen Grund darin, daß, abgesehen von den oben erwähnten Momenten, zum Teil die Ärzte mit Arbeit überlastet sind und daß vor allem von vornherein zu wenig materielle Mittel für das Heilverfahren verwandt werden. Dazu kommt noch, daß auf dem Lande oft die Kranken wegen großer Entfernung schwer zu erreichen sind.

Bei der Krankenhausbehandlung sind den einzelnen Ärzten nicht selten 50 Betten und noch mehr zugewiesen. Daß in solchen Fällen eine wirklich sachgemäße Behandlung stattfinden kann, ist wohl nicht gut zu erwarten. Es ist für diese Fälle sowie für die Verhältnisse auf dem Lande, wo die Verbindung mit der Krankenkasse und den Bg. eine zu lockere ist, dringend zu wünschen, daß mehr Ärzte angestellt bzw. dieselben besser honoriert werden und daß bei einer demnächstigen Reform der Arbeiterversicherungsgesetze dafür Sorge getragen wird, daß die Verbindung zwischen den behandelnden Ärzten und den Bg., sowie zwischen den Krankenkassen und den Bg. eine innigere ist. Nur auf diese Weise können die häufigen Verzögerungen des Heilverfahrens, die wieder die unbefriedigenden Heilerfolge zur Folge haben, vermieden werden. Ein vermehrter Kostenaufwand für das Heilverfahren ist keine Mehrausgabe. Es ist nur eine einmalige erhöhte Ausgabe, die ein zweifelsohne erhöhtes besseres Resultat hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat. Wir behaupten, daß ein länger andauerndes, aber billigeres Heilverfahren hinsichtlich der späteren Erwerbsfähigkeit nicht denselben guten Erfolg verspricht, wie ein sofort eingeleitetes, scheinbar kostspieligeres Heilverfahren, das in kürzerer Zeit beendigt wird.

Diese Ansicht wird auch von Pieper a. a. O. vertreten, der daselbst zur Genüge dargetan hat, daß bei Durchführung eines geeigneten Heilverfahrens trotz der Mehrleistungen das Anwachsen der Gesamtrenten außerordentlich gering war. Es wird im übrigen auf die betr. Schrift verwiesen.

Siehe hierzu auch Lossen, Darmstadt 1905, „Die Ernst-Ludwig-Heilanstalt“, S. 455, der genau denselben Standpunkt vertritt.

Wir können die Behauptung von Ledderhose,[1]) daß viel-

[1]) Ledderhose, Vortrag, gehalten in Stuttgart auf dem 21. Verbandstage der deutschen Baugewerks-Bg. am 8. IX. 06.

leicht ein Drittel der Summe von Arbeitsbeschränktheit, welche zurzeit infolge von Betriebsunfällen Versicherter in Deutschland existiert, durch andere Gestaltung des Heilverfahrens hätte vermieden werden können, in jedem Punkte unterschreiben. Wir glauben, daß diese Schätzung eher zu niedrig als zu hoch gegriffen ist, womit auch die Ansichten einiger Privatversicherungsgesellschaften übereinstimmen, welche die unverhältnismäßig hohen Rentenauszahlungen fast einzig und allein auf die mangelhafte und unzweckmäßige Durchführung des Heilverfahrens zurückführen.

In der Arbeiterversicherung, besonders in Angelegenheiten, in denen die Krankenkassen das Heilverfahren übernommen haben, wird die Unzweckmäßigkeit des Heilverfahrens, wie man sich bei Durchsicht der Fundberichte überzeugen kann, oft genug von den Ärzten selbst unterstützt, indem dieselben eine Reihe von Fällen ambulant behandeln, nur damit der Verletzte der Krankenrente nicht verlustig geht.

Die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit ist also hier Nebensache. Bei Ausführung solcher Maßnahmen geht man wirklich nicht zu weit, wenn man vielen Ärzten das richtige Verständnis für die Sache direkt abspricht.

Wir können daher einstweilen den Bg. nur dringend empfehlen, mehr noch als bisher von der Übernahme des Heilverfahrens Gebrauch zu machen und keine Kosten für dasselbe zu scheuen. Vielleicht tun die Bg. gut, das Heilverfahren in allen Fällen zu übernehmen, mit Ausnahme derjenigen, in denen es offenbar nicht nötig erscheint. Auch Schwanck a. a. O. S. 40—43 vertritt dieselbe Ansicht.

Die eigentliche psychische Behandlung ist, wie oben bemerkt, keine leichte; allgemeine Regeln lassen sich dafür nicht gut aufstellen. Es ist Voraussetzung, daß sich der Arzt dem Kranken gegenüber die volle Autorität bewahrt und denselben nach und nach in seine volle Einflußsphäre hineinzieht. Wir müssen hier bemerken, daß es verkehrt ist, von vornherein einem Verletzten mit Mißtrauen gegenüberzutreten, wie es in der Arbeiterversicherung so häufig der Fall ist, indem man ihn für einen Übertreiber oder sogar für einen Simulanten hält.

Damit erreicht man ganz selten etwas, vielmehr zumeist nichts. Mehr oder weniger wird ja von den meisten Verletzten, mögen dieselben der Arbeiter- oder Privatversicherung angehören,

übertrieben. Die Fälle der eigentlichen völligen Simulation sind aber (gegenüber der Fälle anderer Fälle) u. E. gar nicht so häufig, wie dies von anderer Seite öfters mitgeteilt wird. Auch können wir entgegen anderer Mitteilungen nicht behaupten, daß die Simulation bei den Mitgliedern der Arbeitersicherung häufiger vorkommt als bei der Privatversicherung. Sicherlich aber steht nach unserer Ansicht fest, daß die Simulation im allgemeinen von den Privatversicherten mit viel größerer Raffiniertheit ausgeführt wird als von den Mitgliedern der Arbeiterversicherung. Der Beruf spielt allerdings eine große Rolle bei der Simulation. Daß z. B. Pastoren, Offiziere und Gymnasiallehrer nicht so häufig und raffiniert simulieren werden wie Personen aus der Geschäftswelt, z. B. Handelsleute, Agenten, Prokuristen dürfte einleuchtend erscheinen.

Es ist daher auch eine bekannte Tatsache, daß z. B. bei Eisenbahnunfällen meistens nur solche Personen Entschädigungsansprüche gegen den Eisenbahnfiskus gemäß den Bestimmungen des Reichs-Haftpflichtgesetzes vom 7. VI. 1871 bzw. Art. 42 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche geltend machen, welche der Geschäftswelt angehören, wie Kaufleute, Agenten, Prokuristen, Fabrikanten etc., während unter denselben gegebenen Verhältnissen solche Ansprüche von Beamten, Lehrern, Offizieren, Pastoren etc. nicht oder nur höchst selten gemacht werden.

Die psychische Behandlung ist ganz individuell. Außer dem Berufe wird der Arzt die genaue Anamnese, das Vorleben des Verletzten sowie die Art und Weise des eigentlichen Unfalles zu berücksichtigen haben. Auf nicht geringe Schwierigkeiten wird man öfters stoßen hinsichtlich der Unterbringung des Verletzten, wenn die Behandlung des letzteren im Kreise seiner Angehörigen nicht angängig ist. Die Heilanstaltsbehandlung hat auch ihre Schattenseiten, indem die Verletzten häufig von dritter Seite Beeinflussungen ausgesetzt sind, die eine sachgemäße psychische Behandlung des Arztes sehr erschweren können. Man kann aber einen Kranken nicht isolieren oder ihm das Sprechen mit anderen Kranken verbieten. In solchen Fällen ist es bei unseren heutigen Verhältnissen oft im Interesse eines guten Heilerfolges dringend angebracht, wenn man in geeigneten Fällen den Verletzten in einer Privatpension unterbringt, wo die gewohnten häuslichen Verhältnisse desselben möglichst ersetzt werden, wo derselbe ein ruhiges, behagliches Dasein führen kann, oder indem man den Verletzten mit anderen, nicht Unfallkranken, zusammenlegt. Gegenüber Übertreibungen ist alsdann eine gute und scharfe Beobachtung erforderlich. Wir

müssen gestehen, daß solche Maßnahmen für eine erfolgreiche, psychische Behandlung von größter Bedeutung sind, indem sie neben den erwähnten Annehmlichkeiten gegenüber der Krankenhausbehandlung eine Beeinflussung von dritter Seite auf das geringste Maß herabsetzen. Leider ist dieses Verfahren nicht immer durchführbar, weil es zu kostspielig erscheint, obwohl, wie oben dargetan, diese erhöhten Pflegekosten gar keine Mehrausgaben bedeuten und meistens ein besserer Heilerfolg erzielt wird. Nicht nur die Bg., sondern selbst gut fundierte Privatversicherungen, die an einem schnellen und guten Heilerfolge sicherlich das größte Interesse haben, sträuben sich oft unbegreiflicherweise gegen solche Maßnahmen.

Es möge hier noch kurz erwähnt sein, daß die Anwendung der Röntgenstrahlen bisher von vielen Berufsgenossenschaften nicht die Würdigung erfahren hat, die sie haben sollte.

In welcher Weise die psychische Behandlung ausgeführt wird, richtet sich, wie oben berührt, nach dem Individuum im Einzelfall. Bei den Fällen der reinen traumatischen Hysterie und der schweren Neurasthenie, die wohl an und für sich die größten Schwierigkeiten darbieten, haben wir uns, abgesehen von symptomatischer Therapie, mit großem Erfolge der Suggestion durch Hypnose bedient. Die Erfolge waren häufig geradezu wider Erwarten überraschende. Bei Ausführung derselben mag jeder die ihm geeignet erscheinende Methode anwenden. Daneben wird man gelegentlich sowohl durch innerliche Darreichung von Medikamenten als auch durch örtliche Behandlung von schmerzhaften Stellen, wie Injektionen von *Schleich*'schen und anderen Lösungen, ferner durch kohlensaure Bäder, elektrische Scheinwerfer, Massage etc. eine langsame, aber stete Besserung erzielen. Es ist außerordentlich wichtig, daß bei subjektiven Beschwerden irgend eine besondere Behandlung stattfindet. Die bloße Suggestion reicht hier oft nicht aus und kann die Heilung verzögern. Man wolle ferner nicht versäumen, auch in der Zwischenzeit sich öfter mit dem Kranken beeinflussend zu beschäftigen, da hierdurch die Autorität des Arztes nach und nach erhöht wird. Die Behandlung der Suggestion durch Hypnose ist in geeigneten Fällen eine außerordentlich dankbare und es wäre zu wünschen, wenn dieselbe mehr gepflegt würde. Immerhin wird es wohl nur einen gewissen Prozentsatz von Ärzten geben, welche gute Erfolge mit dieser Behandlung aufzuweisen haben werden, da es nicht jedermanns Sache ist, durch persönlichen Ein-

fluß die oben erwähnten Erfolge zu erreichen. In solcher Lage ist es dringend Sache des einzelnen Arztes, die möglichst rasche Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt zu veranlassen.

Man wolle nicht vergessen, daß der unfallverletzte Arbeiter ein ganz besonderer Mensch ist und daher auch einer ganz besonderen Behandlung bedarf. Das Allererste und Wichtigste ist, daß man solchen Personen mit Menschlichkeit und Wärme gegenübertritt und sich derselben aufrichtig annimmt. Letzteres ist für ein erfolgversprechendes Heilverfahren von so großer Bedeutung, daß es nicht dringend genug empfohlen werden kann.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß es viele sogenannte ältere Fälle gibt, bei denen selbst unter den eben erwähnten Voraussetzungen nichts mehr zu erreichen ist. Doch diese bilden nicht die Regel. Auch der unfallverletzte Arbeiter ist sofort nach dem Unfall fast jedweder ärztlichen Maßnahme zugänglich, wenn man ihm mit aufrichtiger menschlicher Liebe gegenüber tritt. Der einen Unfallverletzten behandelnde Arzt sei daher vor allem recht wohlwollend und menschlich gesinnt und scheue keine Mühe. Ist der Arzt hierauf bedacht, so ist ihm ein schöner Erfolg sicher.

Man muß dem Verletzten auch oft die Sorgen abnehmen, die er für die Familie hat. Dazu gehören in erster Linie schleunige Berichte an die Versicherungsträger behufs sofortiger Auszahlung der Krankenrenten oder von Vorschüssen an die Familienmitglieder, für welche der Verletzte zu sorgen hat. Es ist keine leichte Sache für einen Arbeiter, sich auf Grund einer Aufforderung der Bg. unter Androhung der Rechtsnachteile in einer außerhalb seines Heimatortes befindlichen Heilanstalt zur Untersuchung und Beobachtung bzw. Behandlung einzufinden, nachdem er Weib und Kinder in Notdurft zurückgelassen. Viele Bg. wissen solche, die Familienangelegenheiten betr. Maßnahmen im Hinblick auf ein Erfolg versprechendes Heilverfahren voll und ganz zu würdigen; recht viele andere Bg. jedoch lassen, wie man täglich erfahren kann, mit der Auszahlung der Entschädigungen an die Familie lange auf sich warten und schädigen sich selbst sowie den Verletzten und seine Familie besonders in den Fällen der traumatischen Neurose.

Nicht unterschätzen soll man ferner eine entsprechende ermunternde Aufklärung und Belehrung den Familienangehörigen gegenüber, z. B. bei Gelegenheit von Besuchen in der Heilanstalt. Eine solche kann nur im Hinblick auf eine etwaige ungünstige Beeinflussung des Verletzten von Nutzen sein.

In einer nicht geringen Zahl von Fällen wird man bei mangelndem objektiven Befunde oft die Erfahrung machen, daß selbst bei bester Behandlung und Pflege nach Angabe des Verletzten ein wesentlicher Erfolg nicht erzielt wird. Hierhin gehören in erster Linie Gehirnerschütterungen und ähnliche körperliche Einwirkungen stumpfer Gewalten, wie Brustkontusionen, (Schädelbasisfrakturen ohne objektiven Befund) u. dgl. In sehr vielen dieser Fälle sind bei mangelndem objektiven Befunde anatomische Folgen sicherlich nicht vorhanden. Doch ist bei Beurteilung dieser Fälle große Vorsicht geboten, da die subjektiven Beschwerden des Verletzten auch oft begründet sind, wie z. B. eine bei uns vor nicht langer Zeit ausgeführte Obduktion eines Verletzten dargetan hat, der für einen Simulanten gehalten worden war, aber erhebliche anatomische Veränderungen an der Dura mater aufwies.

Andererseits wird man oft freilich nicht fehl gehen, wenn man anatomische Folgen ausschließt. Jedoch ist eine genaue Anamense mit genauester Präzisierung der subjektiven Beschwerden allerdings zur Beurteilung unbedingt erforderlich, da man hierdurch häufig die Überzeugung von starken Übertreibungen des Leidens oder gar von Simulation gewinnen wird. Wird bei derartigen Fällen (abgesehen von einer Reihe von Basisfrakturen, welche günstig verlaufen) durch das Heilverfahren ein nennenswerter Erfolg nicht erzielt, und behaupten die Verletzten konstant, ganz und gar erwerbsunfähig zu sein oder nur leichte Arbeit verrichten zu können (sei es, daß z. B. Arbeiten in gebückter Haltung nicht verrichtet werden können, oder daß nur auf ebener Erde gearbeitet werden könne anstatt wie früher auf Gerüsten etc.), so wird man mit aller Entschiedenheit dafür Sorge zu tragen haben, solche Verletzte, wenn tunlich, irgendwie an die Arbeit zu bekommen, und zwar sofort, wenn sie aus der Behandlung entlassen werden, denn ein längeres Nichtstun nach ihrer Entlassung aus der Behandlung kann nur den Müßiggang begünstigen und die psychogenen Vorstellungen bestärken. Dieses Prinzip wird in geeigneten Fällen bei uns am Krankenhause seit Jahren mit recht

befriedigendem Resultate geübt. Die Verletzten werden dann unter Zubilligung einer Übergangsrente zu leichteren Arbeiten entlassen. Man erreicht dadurch doch in den weitaus meisten Fällen, daß die Arbeitslust der Leute wieder gehoben, daß sich dieselben langsam wieder an die Arbeit gewöhnen und ihr Sinnen und Denken auf etwas anderes als Nichtstun und dessen Folgen gerichtet wird. Andererseits wird man durch die Aufnahme, wenn auch leichterer Arbeit später in die Lage versetzt, durch Unterstützung von technischen Beamten und Vertrauensmännern besser die Erwerbsfähigkeit des Verletzten beurteilen zu können. Die nächste Kontrolluntersuchung ergibt dann bereits meistens eine wesentliche Besserung. Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß man bei diesen Verfahren nicht selten auf recht große Schwierigkeiten stößt, indem die Verletzten angeben, daß sie eine entsprechende leichte Arbeit nicht finden können. Sicherlich sind diese Angaben oft übertrieben, doch auch in vielen Fällen bestehen sie gewiß zu Recht. Es wäre dringend zu wünschen, daß diesem Übel in Zukunft mehr Abhilfe geschafft würde durch diesbezügliche, neue gesetzliche Bestimmungen. So weit uns bekannt, sorgen die Eisenbahndirektionen, sowie zahlreiche Bg. seit längerer Zeit insofern für ihre Verletzten, indem sie denselben, soweit angängig, in anderen leichten Betrieben Arbeitsgelegenheit verschaffen. Doch durch diese Versicherungsträger wird nur für ein Bruchteil von Arbeitern der Arbeitsnachweis erbracht. Nachdem die in Elsaß-Lothringen und den Nachbarstaaten durchgeführte Zentralisation der Arbeiternachweise sich bewährt hat, nachdem ferner durch die freiwillige Tätigkeit der Städte (Köln) auf diesem Gebiete recht erfreuliche Resultate erzielt worden sind, dürfte es doch wohl an der Zeit sein, durch Gesetz seitens des Reiches bzw. der Staaten den öffentlichen Arbeitsnachweis zu fördern. Damit würde auch eine allmähliche Beseitigung der gewerbsmäßigen Vermittelung von Arbeitsgelegenheit erzielt werden, was dringend im Interesse des arbeitenden Volkes zu wünschen wäre, das durch die gewerbsmäßigen Vermittelungen nicht selten geradezu ausgebeutet wird.

Neuerdings hat das Sächsische Ministerium des Innern in einer Verordnung vom 30. November 1906 darauf hingewiesen, daß die Einrichtung allgemeiner öffentlicher und unparteiischer Arbeitsnachweise gemeinnütziger Art auch im Königreich Sachsen an Verbreitung gewinnen und wenigstens in allen Gemeinden mit mehr als 10 000 Einwohnern entweder als obrigkeitliche Maßnahme oder durch gemeinnützige Vereine zur Durchführung gebracht werden müssen.

Es ist kein Zweifel, daß der Arbeitsnachweis wesentlich gefördert werden könnte durch Arbeiterausschüsse, wie sie in ähnlicher Weise, z. B. bei den Knappschaften und anderen großen Betrieben bereits bestehen.

Es ist, wie auch Lossen (Seite 455) mit Recht hervorhebt, zu bedauern, daß so viele praktische Vorschläge meistens nur in fachwissenschaftlichen Blättern niedergelegt und nicht von dem eigentlichen Interessenkreis gelesen werden. Es wäre zu wünschen, wenn die ärztliche Behandlung von Mitgliedern der Arbeiterversicherung mehr als bisher Gemeingut der Ärzte würde.

Es muß doch wahrlich unangenehm berühren wenn Nichtärzte, wie Lohmar, Pieper und Schwank, die Beamte von Bg. sind, auf die vielfache, zurzeit noch bestehende Mangelhaftigkeit des eigentlichen Heilverfahrens hinweisen. Aber diese Beamten haben durchaus recht. Wir wollen es unterlassen, in dieser Hinsicht auf weiteres Material einzugehen. Es könnte nur dazu geeignet sein, ein betrübendes Bild auf viele, früher ausgeführte ärztliche Maßnahmen zu werfen und zeigen, daß nicht selten durch die Mangelhaftigkeit des Heilverfahrens nicht allein den Verletzten selbst und seinen Angehörigen sondern auch den Trägern der Versicherung erheblicher materieller Schaden zugefügt worden ist.

Es kann wohl kaum ausbleiben, daß die Schadenersatzpflicht des Arztes bei der demnächstigen Reform eine besondere Regelung erfahren wird.

Wenngleich die Haftung Dritter, also auch der Ärzte, gemäß § 140 Gew.-G., § 151 lw. G., § 45 Bau-G., § 138 See-G. sich nach den sonstigen gesetzlichen Vorschriften bestimmt, also z. B. die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches entsprechende Anwendungen finden, so wird es doch dringend wünschenswert sein, daß hinsichtlich eines geordneten Geschäftsganges und um den folgenschweren Verschleppungen des Heilverfahrens vorzubeugen, Rechtsnormen aufzustellen sind, die für den Fall eines Verschuldens seitens des Arztes nicht nur Bestimmungen bezüglich einer etwa zu verhängenden Ordnungsstrafe sondern auch solche bezüglich eines entstandenen Schadenersatzanspruches enthalten. Der Erlaß besonderer diesbezüglicher Rechtsnormen ist auch aus dem Grund gerechtfertigt, daß er in vorbeugendem Sinne den Arzt an seine Pflicht erinnert. Andererseits muß es als eine Pflicht angesehen werden, bei der sozialen Haltung der Arbeiterversicherungsgesetze den wirtschaftlich Schwachen durch positive, gesetzliche Bestimmungen auch wirklich voll und ganz zu

schützen, worauf der Verletzte bzw. kraft cessio legis der Bg. einen Anspruch hat. Wenn bislang eine ganze Reihe von Prozessen betreffend Schadenersatzansprüche gegen Ärzte nicht angestrengt worden sind, so beweist das gar nichts. Es ist lediglich Sache des öffentlichen Rechts, daß der wirtschaftlich Schwache zu seinem Recht kommt. Andererseits hätten die Bg. mehr wie genug Gelegenheit gehabt, erfolgreiche diesbezügliche Prozesse anhängig zu machen. Aber bei der bestehenden Organisation haben es Bg., wie uns öfter von Geschäftsführern mitgeteilt worden ist, vermieden, mit der Ärzteschaft in Konflikt zu geraten.

Ein Verschulden des Arztes würde z. B. vorliegen, wenn derselbe offenbar einen Kunstfehler begeht. Bei dem heutigen Stande der Wissenschaft würde auch z. B. darin ein Verschulden zu erblicken sein, wenn der Arzt bei einer Fingerverletzung nicht dafür Sorge trägt, daß durch sachgemäße Behandlung die Funktionsfähigkeit der übrigen, durch den Unfall nicht betroffenen Finger erhalten bleibt. Im übrigen würde von Fall zu Fall zu beurteilen sein, ob ein Verschulden vorliegt oder nicht.

Daß natürlich sehr häufig das Verhalten des Verletzten die Ursache für ein wenig befriedigendes Resultat der Heilbehandlung ist, bedarf keiner näheren Ausführung. Es muß daher verlangt werden können, daß der Verletzte auch seinerseits das Erforderliche tut, um den bestmöglichsten Erfolg hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit zu erzielen. Man kann aber bei den bestehenden Gesetzen nicht behaupten, daß dies der Fall ist.

Die bisherige Rechtsprechung des RVA., daß der Verletzte grundsätzlich in Operationen und Narkose nicht einzuwilligen braucht, dürfte auf die Dauer in ihrem ganzen Umfange wohl nicht haltbar sein. Es ist geradezu ein Jammer, wenn man sieht, daß junge, muskelkräftige Leute eine hohe Rente beziehen, nur aus dem einzigen Grunde, weil sie sich einen einfachen, kleinen operativen Eingriff nicht gefallen zu lassen brauchen. Weshalb sollen in geeigneten Fällen nicht die Narkose oder andere gleichwertige Mittel behufs Anästhesierung anzuwenden sein? Man sollte doch meinen, daß man von einem Mitgliede der Arbeiterversicherung verlangen kann, darin einzuwilligen, worin unter den gegebenen Verhältnissen nach der objektiven Meinung ein Privatkranker einzuwilligen pflegt. Der Zweck der Arbeiterversicherung ist aber durch das Recht des Verletzten, operative Eingriffe und Narkose grundsätzlich verweigern zu können,

teilweise verfehlt. Weshalb willigt jetzt der Verletzte direkt nach dem Unfalle fast ausnahmslos sowohl in die Narkose wie in die Operation ein? Ganz einfach, weil er zuerst noch an eine Wiederherstellung denkt und sich innerhalb der kurzen Zeit nach dem Unfalle noch nicht klar darüber geworden ist, daß er im Falle der Weigerung einer Operation beim Bezug einer hohen Rente durch Nichtstun das Leben hinbringen kann. Sobald der Verletzte sich aber über diesen Punkt klar geworden ist, wird er in den seltensten Fällen zu einer Operation zu bewegen sein.

Welcher Kontrast zwischen der Einwilligung im ersten und der Verweigerung im letzten Fall? Ist etwa ein operativer Eingriff sofort nach einer schweren Verletzung nicht so gefahrvoll als einige Zeit später? Nein, das kann man doch wohl im allgemeinen nicht behaupten; es wird vielmehr im Gegenteil der Verletzte später, wenigstens in sehr vielen Fällen, körperlich besser imstande sein, ohne Lebensgefahr sich einer Operation unterziehen zu können. Trotzdem darf der Verletzte nun jedweden operativen Eingriff, der ärztlicherseits behufs Wiederherstellung der Funktion für unbedingt erforderlich erachtet wird, verweigern. Der Standpunkt, daß der Verletzte allein darüber zu entscheiden hat, ob er sich operieren lassen will oder nicht, ist ganz verfehlt. Es entspricht dieser Standpunkt nicht ganz dem Charakter des öffentlichen Rechts. Es kommt doch wohl in erster Linie alles auf die Wiederherstellung oder wenigstens eine wesentliche Besserung der Arbeitskraft an. Ist eine solche im Einzelfalle nach den gegebenen Verhältnissen, den besonderen Umständen und nach dem gewöhnlichen Laufe der Dinge mit Wahrscheinlichkeit zu erhoffen und würde sich zur Vornahme derselben unter Abwägung aller Umstände ein vernünftiger Mensch entschließen, so sollte der Verletzte nicht allein über eine etwaige Weigerung der Operation zu entscheiden haben. Wenn der Verletzte direkt nach dem Unfalle so vernünftig ist und fast ausnahmslos jeden operativen Eingriff, welcher auf eine Wiederherstellung gerichtet ist, ermöglicht, so sollte im Falle einer späteren Weigerung, die eben dann im vollen Sinne des Wortes als grundlos bezeichnet werden muß, das Gesetz eingreifen, indem es z. B. die für den Verletzten ungünstigen Schlüsse eintreten läßt. Das Motiv, das dieser Weigerung

zugrunde liegt, ist doch weder ein moralisches, ethisches, noch irgendwie im wirklichen Sinne rechtlich begründetes. Es geht nur darauf hinaus, die Wiederherstellung oder eine wesentliche Besserung zu verhindern, um sich auf diese Weise eine hohe Rente zu verschaffen. Nur insofern ist die Weigerung als begründet anzusehen, als dem Verletzten nach den bestehenden Gesetzen formell das Recht zusteht, grundsätzlich in einen operativen Eingriff nicht einzuwilligen. Die Verletzten werden so durch unsere bestehende Rechtsprechung zu Hypochondern, Hysterikern, Querulanten und Tagedieben ausgebildet.

Eine Veränderung dieser bestehenden Verhältnisse herbeizuführen, wird zweifelsohne großen Schwierigkeiten begegnen, aber im Laufe der Zeit wird dieselbe sicherlich eintreten. Die weitere Vervollkommnung der Heilmethoden und der Narkose bzw. der lokalen Anästhesie werden uns diesem Ziele etwas näher bringen. Andererseits wird die Zukunft lehren, ob und inwieweit bei der voraussichtlichen Erweiterung der Begriffe in der Medizin auch eine Erweiterung solcher Begriffe in der Jurisprudenz geeignet ist, neue oder analoge Gesichtspunkte bzw. neue juristische Rechtsverhältnisse entstehen zu lassen, welche es ermöglichen, daß der Verletzte nicht mehr allein über die Frage der Operationsverweigerung entscheiden kann. Könnte nicht etwa auch bei der Arbeiterversicherung die Erklärung des Verletzten bezüglich einer grundlosen Weigerung durch eine anderweitige rechtskräftige Entscheidung ersetzt werden?

Man müßte eigentlich zu dieser Annahme auf Grund einer Entscheidung des Reichsgerichts in Privat-Versicherungsangelegenheiten gelangen. In dem Urteil, wodurch die Entscheidung des Oberlandesgerichts zu Köln bestätigt wird, heißt es unter anderem: „Der Versicherte ist nicht verpflichtet, sich einer von der Gesellschaft angeordneten Operation auch dann zu unterziehen, wenn deren Erfolg in einem gewissen Maße unsicher und deren Vornahme nach den besonderen individuellen Umständen mit größeren Gefahren verknüpft ist. Eine Verbindlichkeit des Versicherten, sich operieren zu lassen, ist nur dann begründet, wenn ein vernünftiger Mensch unter Abwägung aller Umstände auch ohne rechtliche Bindung sich zur Vornahme der Operation entschließen würde.“

Es möge hier nur ein Beispiel erwähnt sein, das einen Verletzten betrifft, der mit einer ausgedehnten eitrigen

Sehnenscheidenentzündung der Hand im hiesigen Krankenhause der Barmherzigen Brüder aufgenommen wurde und jeden operativen Eingriff verweigerte. Ein solcher Fall allein beweist, daß die häufige Verweigerung von operativen Eingriffen seitens der Verletzten geradezu skandalös ist und unserer jetzigen Rechtsprechung und dem Gefühle eines nur einigermaßen vernünftig denkenden Menschen Hohn spricht: Der ideale Gedanke, der den Arbeiterversicherungsgesetzen zugrunde liegt, nämlich die Arbeitskraft des Volkes möglichst zu erhalten, wird durch unsere bisherige Rechtsprechung bezüglich der Verweigerung von operativen Eingriffen seitens der Verletzten wahrlich nicht unterstützt!

Wir können nicht einsehen, weshalb der § 254 des Bürgerlichen Gesetzbuches, der das eigene Verschulden des Verletzten behandelt, nicht auch in der Arbeiterversicherung Anwendung finden soll. Der § 254 lautet:

> „Hat bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Beschädigten mitgewirkt, so hängt die Verpflichtung zum Ersatze sowie der Umfang des zu leistenden Ersatzes von den Umständen, insbesondere davon ab, inwieweit der Schaden vorwiegend von dem einen oder von dem anderen Teile verursacht worden ist."

Bei Crome[1]) heißt es:

„Zu einer Verursachung von seiten des Verletzten wird auch gerechnet, wenn er es unterlassen hat, den Nachteil abzuwenden oder zu mindern. Demgemäß wird der Dritte ganz oder gar nicht resp. teilweise je nach den vom Richter zu berücksichtigenden Umständen des Falles für den Erfolg verantwortlich gemacht."

Daß unter diesem Gesichtspunkt besonders streitig ist, ob der Verletzte sich behufs Wiederherstellung bzw. Herbeiführung einer wesentlichen Besserung einer Operation zu unterziehen habe, ist bekannt. Immerhin dürfte die Rechtsprechung des Reichsgerichts in Fällen der Verweigerung einer Operation in Privatversicherungsangelegenheiten den für die Folge unhaltbaren Anschauungen in der Arbeiterversicherung die Wege ebnen.

Es ist daher ernstlich zu erwägen, ob nicht de lege ferenda dem willkürlichen und grundlosen Handeln des Verletzten in der öffentlichen Versicherung alsbald ein Ende gemacht werden soll.

---

[1]) Crome, System des Bürgerl. Rechts, I. Teil, S. 495.

Es ist in der öffentlich-rechtlichen Versicherung, meinen wir, keine Konsequenz, wenn einerseits dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen ein Anspruch bei vorsätzlicher Herbeiführung des Unfalles nicht zusteht (Gew.-G. § 8, Abs. II, lw. G. § 7, Abs. II), andererseits bei vorsätzlicher Unterlassung der Abwendung oder Minderung des Nachteils (Weigerung der Operation) der Anspruch des Verletzten bestehen bleibt.

(Hinsichtlich der Bedeutung von „Verschulden", „Vorsatz", „Fahrlässigkeit", „Absicht", „vorauszusehen in der Lage war" siehe Crome a. a. O., S. 496/97.)

III. Einiges zur Reform.

Über die Reform der drei großen Versicherungsgesetze herrscht im allgemeinen insofern Übereinstimmung, als die Vereinfachung der bestehenden Gesetze notwendig geworden und auch von den gesetzgebenden Faktoren, der Regierung wie der Volksvertretung anerkannt worden ist.

Die Ansichten über die eigentliche Reform gehen weit auseinander. Die einen z. B. fordern eine Verschmelzung aller drei Versicherungszweige zu einem geschlossenen Ganzen: Freund,[1] v. Frankenberg,[2] Rob. Schmidt,[3] Lohmar;[4] die anderen sind Gegner einer solchen Verschmelzung und wollen nur eine Vereinigung unter Aufrechterhaltung der Versicherungsanstalt und der Berufsgenossenschaften: Boediker,[5] Düttmann,[6] v. Jagwitz,[7] Sayffaerth,[8] Mayet.[9])

[1]) Richard Freund, Die Verschmelzung der Krankenversicherung mit der Invalidenversicherung. Soz. Pr., Jahrg. XII, Nr. 22.

[2]) v. Frankenberg, Ganze oder halbe Reform, Soz. Pr., Jahrg. XIII, Nr. 48.

[3]) Rob. Schmidt, Eine einheitliche Arbeiterversicherung. Sozialistische Monatshefte, Bd. I, H. 6. 1906, S. 469 ff.

[4]) Paul Lohmar, Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung. Köln 1905.

[5]) Boediker, Vereinfachung der Arbeiterversicherung. Schmollers Jahrbücher, Jahrg. XXX, H. 1, S. 1 ff.

[6]) Düttmann, Umbau der Arbeiterversicherung, Arbeiterversorgung. Jahrgang XXL, H. 17—19.

[7]) v. Jagwitz, Die Vereinheitlichung der Arbeiterversicherung. Berlin 1906, Verlag von A. W. Hayns Erben.

[8]) Sayffaerth, Die deutsche Arbeiterversicherung in Zukunft. Medizin. Reform, Jahrg. XIV, Nr. 8.

[9]) P. Mayet, Umbau und Weiterbildung der sozialen Versicherung. Medizin. Reform, Jahrg. XIV, Nr. 10.

Es kann hier nicht auf das einzelne eingegangen werden und wird auf die reichhaltige Literatur bzw. auf die untenstehenden Schriften der genannten Autoren verwiesen.

Wir möchten kurz betonen, daß es schwer ist, sich im Prinzip der einen oder der anderen dieser beiden Richtungen anzuschließen. Jedenfalls aber kann man sagen, daß die bisherige sozialpolitische Gesetzgebung lediglich ein Erzeugnis der historischen Entwicklung ist, daß es aber nunmehr im Interesse einer Reform der bestehenden Gesetze heißt, mit manchen überkommenen Traditionen brechen, wie sehr man zum Teil auch an ihnen hängen mag. Man könnte allerdings zweifelhaft sein, ob die Vereinheitlichung schrittweise vorzunehmen sei oder nicht. Wir möchten uns hier der Ansicht von Mugdan[1]) anschließen (der ein schrittweises Vorgehen empfiehlt), und zwar nicht nur aus den von diesem Autor vertretenen Gründen — es sei auf die betreffende Schrift verwiesen —, sondern weil im Interesse der tadellosen Funktion eines so gewaltigen Apparates noch zu viele Vorbereitungen geschehen müssen, welche auch durch ein noch so vollkommenes Gesetz nicht ohne weiteres erledigt werden können.

Die Berufsgenossenschaften haben im allgemeinen, wie allseitig anerkannt wird, von den Versicherungsträgern am besten funktioniert.

Diese Tatsache wird demnächst bei der Reform zu einer eingehenden Beurteilung insofern Anlaß zu geben haben, ob oder inwieweit die Berufsgenossenschaften im Prinzip zu erhalten sind oder nicht.

Unsere Ansicht geht dahin, daß man das, was man besitzt, sich so lange erhalten soll, als man objektiv nichts Besseres an seine Stelle setzen kann. Letzteres kann man nicht von der Kranken- bzw. Invalidenversicherung, wohl aber von der Unfallversicherung sagen. Anders verhält sich die Frage, inwieweit die Berufsgenossenschaften zu erhalten sind. Soweit das Heilverfahren, das einzig und allein die Basis für das ganze weitere Verfahren ist, in Betracht kommt, ist es unerläßlich, die bisherigen Wirkungskreise zu ändern und unter die Leitung von Berufsbeamten mit möglichst weitgehenden und selbständigen Befugnissen (Reichs- oder Staatsbeamte, daneben Kontrollbeamte) zu

---

[1]) Otto Mugdan, Zur Reform der Arbeiterversicherung. Zeitschr. f. Sozialwissenschaft, 1906, H. 3 u. 4.

stellen, denen nicht nur die Vorbereitung und Feststellung der Entschädigung sondern auch die Maßnahmen für das Heilverfahren obliegen und die in ständiger Fühlung mit den behandelnden Ärzten stehen. Zu letzterem Behufe wäre es erforderlich, daß die künftigen Wirkungskreise höchstens den Umfang eines preußischen Stadt- oder Landkreises erreichen dürfen.

Rumpf[1]) empfiehlt behufs Herstellung eines engeren Konnexes zwischen den Krankenkassen einerseits, den Berufsgenossenschaften und der Invalidenversicherung andererseits die Schaffung einer amtlichen Stelle (Versicherungsamt, Agenturen), in welcher alle Meldungen von Krankheit zusammenlaufen und auf ihre Beziehungen zur Unfall- und Invalidenversicherung geprüft werden. An der amtlichen Stelle soll ein Arzt tätig sein und ihm die Prüfung der ärztlichen Angelegenheiten etc. übertragen werden. Die bestehenden Betriebs- und Krankenkassen sollen von Unfällen möglichst sofort und telephonisch dem Versicherungsamt oder der Agentur Mitteilung machen. Auf Grund dieser Mitteilungen über Unfälle sollen dann die Ermittelungen (auch über Gewerbeschutz etc.) stattfinden, die Ergebnisse derselben den interessierten Behörden schleunigst mitgeteilt werden.

Die Einrichtung einer solchen amtlichen Stelle wäre in der Tat eine einfache Form des von Sayffaerth geforderten Unterbaues der Gesamtversicherung. Die Verminderung der Zahl der Krankenkassen sowie der Berufsgenossenschaften (letztere durch Verschmelzung gleichartiger Betriebe) dürfte, wie Rumpf hervorhebt, wünschenswert sein. Es ist weiter nicht zu verkennen, daß nach den Vorschlägen von Rumpf die bisherige mangelhafte Mitteilung von Anzeigen, Untersuchungen und vor allem eine notwendige Kontrolle wesentlich gefördert werden könnte. Rumpf ist der Ansicht, daß die Schaffung der in seinem Sinne gedachten Versicherungsämter, als Institute der drei Versicherungen, eine Basis darstelle, auf welcher in der Verknüpfung weiter gegangen werden könnte, während die bewährte Selbstverwaltung in seitheriger Weise erhalten würde.

Schwanck (S. 20) betont, daß das Heilverfahren aller Krankenkassen für dieselben nur ein vorübergehendes Interesse habe und infolgedessen das sich anschließende Heilverfahren der Berufsgenossenschaft nachteilig beeinflußt, sehr häufig schwer geschädigt

---

[1]) Th. Rumpf, Zur Reform der sozialen Gesetzgebung. Soziale Medizin und Hygiene, Bd. II, 1907, S. 61 ff.

und oft gänzlich gelähmt werde. Er fordert daher behufs Beseitigung dieser Übelstände, daß den Berufsgenossenschaften und Krankenkassen gesetzlich die Pflicht auferlegt werde, das Heilverfahren von Anfang an gemeinschaftlich, d. h. durch eine zwischen den Trägern der Kranken- und Unfall-Versicherung bestehende organische Verbindung nämlich eine Verwaltungsgemeinschaft durchzuführen.

Es ist keine Frage, daß man mit Hilfe der Verwaltungsgemeinschaft nach Schwank einer sachgemäßen Abwickelung des Heilverfahrens wesentlich näher kommt. Dieser Autor läßt die jetzigen Versicherungsträger nebst ihren Organisationen an sich bestehen. Um aber ein einheitliches Organ für das Heilverfahren der großen Versicherungszweige zu schaffen, schlägt er die Bildung je eines Verbandes der im Bezirk einer Landes-Versicherungsanstalt ansässigen Krankenkassen, sowie der in einem solchen Bezirk ansässigen Berufsgenossenschaften (Sektionen) und sonstigen Versicherungsträger vor. Die einzelnen Verbände sollen dann den Gesamtverband bilden, dessen Organe (eine Mitgliederversammlung, Ausschuß und ein Vorstand) die Verhältnisse der Verbände statutarisch regeln (S. 100/101). Wir müssen sagen, daß in der Bildung solcher Verbände bzw. des Gesamtverbandes ein System liegt, das Ordnung und Wandel in dem bestehenden, durchaus mangelhaften Heilverfahren herbeizuführen vermag. Da die einzelnen Verbände nach Schwanck den Bezirk einer jetzigen Landes-Versicherungsanstalt umfassen sollen, die neu gebildeten Versicherungsämter nach Rumpf dagegen etwa den Umfang eines jetzigen Kreises ausmachen, so dürfte eine zweckentsprechende Vereinigung dieser beiden neuen Ideen nicht allein für den wichtigsten Punkt und die alleinige Basis der Unfallversicherung, das Heilverfahren, von außerordentlicher Bedeutung sein, sondern auch für den Gesamtbetrieb der Arbeiterversicherung in Betracht kommen. Die neu zu schaffenden Organe müssen durchaus selbständig sein. Eine Angliederung derselben an andere Behörden, z. B. an Landratsämter, ist schon allein wegen des ungeheuren Arbeitsfeldes, das sich auch auf Arbeitsnachweis, sowie sämtliche die Fürsorgebestrebungen betreffenden Maßnahmen u. dgl. zu erstrecken hat, zu verwerfen.

Wenngleich die Ansicht dieser Autoren — es wird im einzelnen auf die betr. Schrift verwiesen — voll und ganz anerkannt werden muß, so will es uns doch scheinen, als ob die bei Rumpf, wie auch bei Schwanck berücksichtigte Ausbildung der Ärzte zu wenig in den Vordergrund getreten sei.

Wir stehen auf dem Standpunkte, daß alle Reformideen und Bestrebungen, die auf eine Umwälzung der Organisation der Arbeiterversicherung hinzielen, nicht den praktischen Wert besitzen, wie eine zunächst von Grund aus vorzunehmende Änderung hinsichtlich der Vorbildung der praktischen Ärzte. Ohne eine solche Änderung hat die vollkommenste Reform nur einen halben Wert; denn was nützt es, wenn der einzelne, der zur Mitarbeit an dem großen, erhabenen Werke berufen ist, seine Stelle nicht voll und ganz ausführen kann?

Der praktische Arzt aber ist nach wie vor zur Übernahme der ersten Maßnahmen berufen und ein gewisses Können, nicht allein hinsichtlich der selbständigen Behandlung, sondern auch in der sofortigen Beurteilung über die weiteren Maßnahmen (Überweisung etc.) muß unbedingt verlangt werden können.

Die nicht genügende Ausbildung der Ärzte wird seit Jahren nicht nur von Ärzten, sondern auch von den Versicherungsträgern betont. Doch es bleibt immer beim Alten. Die bisherige Art und Weise des Heilverfahrens in der Arbeiterversicherung erfordert daher sobald als möglich eine Änderung der Prüfungsbestimmungen im erwähnten Sinne.

Behufs einheitlicher Regelung des Heilverfahrens in Arbeiterversicherungssachen bzw. einer diesbezüglichen Änderung der Prüfungsvorschriften für praktische Ärzte ist es nach unserer Ansicht wünschenswert, daß außer dem schon vorhandenen Material bei den Berufsgenossenschaften noch gutachtliche Äußerungen von bekannten Autoren auf dem Gebiete der Unfallheilkunde, namentlich der Chirurgen und inneren Mediziner an Unfallkrankenhäusern, welche unter Aufsicht des Reiches stehen, eingeholt werden. Wir sind überzeugt, daß dann eine von Grund aus vorzunehmende Reform der bestehenden Prüfungsbestimmungen für praktische Ärzte wohl kaum noch eine Aufschiebung wird erfahren können. Im einzelnen sei kurz erwähnt, daß die behandelnden Ärzte mit den einschlägigen, modernen Heilfaktoren besser vertraut sein müssen; ebenso ist es bei der demnächstigen Vergrößerung des Kreises der Versicherten unbedingt erforderlich, daß bei den Ärzten ein größeres Interesse bezüglich der Arbeiterversicherungs-Gesetzgebung erweckt wird, was aber nur durch Errichtung von Lehrstühlen für Soziale Medizin sowie durch geeignete Maßnahmen von berufener Seite geschehen kann, z. B. Ärztliche Vereine, medizinische

Gesellschaften, Komitees für das ärztliche Fortbildungswesen, fachwissenschaftliche Zeitschriften u. dgl.

Für die Beurteilung dieser letzteren Gesichtspunkte sei kurz hervorgehoben, daß an hiesiger Universität von seiten der Medizinstudierenden dem Fache der Sozialen Medizin ein sehr großes Interesse entgegengebracht wird und daß die von Th. Rumpf ins Leben gerufenen Vortragsabende aus dem Gebiete der Sozialen Medizin, an denen Juristen, Verwaltungsbeamte, Beamte von Berufsgenossenschaften neben Medizinern Vorträge mit nachfolgender Diskussion halten, sich einer außerordentlich regen Beteiligung und sehr großen Interesses erfreuen.

Die bisherige Teilnahme seitens der Ärzte in Angelegenheiten der Reform bezog sich hauptsächlich nur auf die Organisation der Gesetze (freie Arztwahl, Honorarfrage, Schaffung von Schiedsgerichten bei Streitigkeiten mit den Kassen usw.), weniger auf engere Frage der Verschmelzung u. dgl.

In beredten Worten hat auf dem deutschen Ärztetag in Halle der Vorsitzende, Löbker-Bochum, darauf hingewiesen, daß die gesamten Ärzte sich noch viel zu wenig mit den Vorgängen auf sozialem Gebiete beschäftigten. Er sieht es als eine Pflicht des einzelnen Arztes an, seine Erfahrungen in den Dienst des allgemeinen Volkswohls zu stellen, und fordert weiter, daß der Mediziner möglichst frühzeitig in das Studium der Sozialen Medizin eingeführt werde.

In ähnlicher Weise heißt es am Schluß des Referates von Pfeiffer-Weimar: „Die in den Thesen gegebenen Grundsätze für die Mitarbeit der Ärzte an der Abänderung der drei großen Versicherungsgesetze verlangen eine stärkere Beteiligung der Ärzte an der sozialen Gesetzgebung, besonders nach der Richtung hin, daß in Zukunft eine auf Erfahrung gestützte ärztliche Kritik rechtzeitig an den vielen neuen Fürsorgebestrebungen zur Geltung kommen kann.“

Auch Lennhoff[1]) hat in einem Vortrage über „Ärztliche Wünsche zur Reform der Arbeiterversicherung“ mit Recht bemerkt, daß eine Stellungnahme der Ärzte zu der Frage des Umbaues der Arbeiterversicherung in größerem Umfange als bisher dringend wünschenswert sei, zumal der Arzt nicht nur als medizinischer Berater der Versicherten, sondern auch als Sachverständiger der Ver-

---

[1]) Lennhoff, Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Soziale Medizin. Medizin. Reform, Jahrg. XIV, Nr. 6.

sicherungskörperschaften umfassend und ständig an der praktischen Durchführung der Gesetze mitarbeite und dabei eine Fülle von Erfahrungen sammle.

Die bisherigen Wünsche und Forderungen der Ärzte sind zum Teil auf dem 34. deutschen Ärztetag in Halle a./S. am 22. und 23. VI. 06 erörtert und wird auf die betr. Verhandlungen verwiesen (Extr.-Nr. Juli III Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland 35. Jahrg.).

Die Einführung der Sozialen Medizin und zwar als obligatorisches Prüfungsfach scheint uns daher unerläßlich. Denn nur so steht zu erwarten, daß sich die demnächstigen jüngeren Ärzte eine Kenntnis der Arbeiterversicherungsgesetze in der erforderlichen Weise aneignen. Wenngleich in Preußen sozusagen sämtliche Universitäten sich gegen die Errichtung von Lehrstühlen für Soziale Medizin ausgesprochen haben, so unterliegt es doch keinem Zweifel, daß man — wie Löbker auf dem Ärztetag in Halle a./S. treffend bemerkt hat — sich der Errichtung dieser Lehrstühle für die Folge ebensowenig verschließen kann, wie es seinerzeit für die Hygiene der Fall war. Es wird daher aufs dringendste verlangt, daß an sämtlichen Universitäten seitens des Kultusministeriums Lehrstühle für Soziale Medizin errichtet werden für den Fall, daß sich die medizinischen Fakultäten auch für die Folge in dieser Hinsicht ablehnend verhalten sollten. Man sollte doch meinen, daß die bei Errichtung von neuen Lehrstühlen so oft im Wege stehenden persönlichen Interessen im vorliegenden Falle, wo es sich um das Wohl so vieler Millionen Menschen handelt, an zuständiger Stelle keinerlei Beachtung verdienen. Es kommt doch kein persönliches Interesse einzelner Personen in Betracht, sondern nur das öffentliche Interesse, das öffentliche Recht, das öffentliche Wohl unserer Mitmenschen.

Daß die Soziale Medizin ihre volle Berechtigung als besonderes Lehrfach hat, dürfte Rumpf[1]) zur Genüge dargetan haben.

Es mögen nur noch verschiedene Einzelheiten erwähnt sein: Die Bg. sind lediglich darauf angewiesen, ihre Unfallverletzten nach Möglichkeit in Behandlung derjenigen Ärzte zu geben, von denen sie eine im oben erwähnten Sinne rasche Erledigung des Heilverfahrens erwarten können. Diese Erwartung ist aber lediglich eine Vertrauenssache. Die Bg. stehen nicht selten machtlos da, sobald das Verfahren dadurch eine Verzögerung erleidet, daß der erst-

[1]) Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1906 Nr. 24, 1907 Nr. 1.

behandelnde Arzt den Fundbericht nicht oder nicht rechtzeitig bzw. nicht unverzüglich einsendet. Gesetzliche Bestimmungen betr. die Folgen einer nicht rechtzeitigen Mitteilung des Fundberichtes oder Bestimmungen im Falle der Weigerung seitens des Arztes nach erfolgloser Aufforderung durch die Bg. zur Abgabe von Erklärungen, bestehen eben nicht, und solange letzteres der Fall ist, sind in der Tat die Versicherungsträger auf die Güte der Ärzte angewiesen, es sei denn, daß im einzelnen ein genau festgesetztes vertragliches Verhältnis besteht oder daß weitere Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes, z. B. Dienstvertrag usw., in Betracht kommen. Wenngleich ein solches Verhalten (beharrliches Nichtbeantworten von Ersuchen seitens einer Bg.) eines Arztes als standeswidrig zu betrachten und dementsprechend zu ahnden ist (Beschluß des Ehrengerichtshofs vom 15. V. 03 M. Bl. III 357), so bleibt einstweilen in solchen Fällen nichts anderes übrig, als den betr. Arzt gerichtlich als Sachverständigen (ev. auch als Zeugen) vernehmen zu lassen. Siehe hierüber Rek.-Entscheidung des RVA. vom 2. VIII. 05.

Es muß unter allen Umständen die unverzügliche (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) Einsendung des Fundberichtes verlangt werden. Dieselbe ist von so immenser Bedeutung für das Heilverfahren und für die demnächstige Festsetzung der Entschädigung, daß hierüber bei der Reform der Gesetze ausführliche Rechtsnormen zu erlassen sind. Es kann unseres Erachtens nur dadurch Ordnung geschaffen werden, daß einerseits im prophylaktischen Sinne Strafbestimmungen zu erlassen sind, andererseits der Arzt zum Ersatze des Schadens verpflichtet ist, welcher durch die nicht unverzügliche Mitteilung des Fundberichtes verursacht wird. Diese Vorschrift wäre in Unfallversicherungsangelegenheiten strikt zur Durchführung zu bringen, Den beamteten Ärzten, also den Kreisärzten, würde aufzugeben sein, dafür Sorge zu tragen, daß die fraglichen Bestimmungen den sämtlichen, auch den neu sich niederlassenden Ärzten ihres Bezirks, auf vorschriftsmäßigem Wege zugestellt würden. Damit wäre im Einzelfalle dem Einwande einer Exkulpation seitens eines Arztes vorgebeugt. Vielleicht würde es sich außerdem empfehlen, bei Ersuchen an Ärzte behufs Untersuchung und Erstattung eines Fundberichtes einheitliche Formulare zu benutzen, in denen die Ärzte, unter Androhung einer Ordnungsstrafe und der ev. weiteren privatrechtlichen Folgen im Nichtbefolgungsfalle auf die unverzügliche Einsendung des Fundberichtes anzuhalten sind, ähnlich wie solche Vorschriften bei Zeugen- oder Sachverständigen-Ladungen vor die

ordentlichen Gerichte bestehen. Mit dieser Änderung würde zum Teil der heute so schwer empfundene Übelstand beseitigt, der darin besteht, daß die Verbindung zwischen den Bg., Krankenkassen und Ärzten eine zu lockere ist.

Mit einigen Worten wollen wir noch die ärztliche Begutachtung streifen. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß gewiß sehr viele ärztliche Gutachten den sämtlichen an sie gestellten Anforderungen gerecht werden und sehr sorgfältig angefertigt sind. Bei zahlreichen Gutachten ist dieses aber nicht der Fall. Es würde zu weit führen, wollte man genauer darauf eingehen. Meistens sind es die Atteste der erstbehandelnden, der praktischen Ärzte, die den gewünschten Anforderungen der Versicherungsträger oft in keiner oder nur in mangelhafter Weise genügen. Es ist daher auch nicht zu verwundern, wenn von den Bg. immer und immer wieder auf diese Schäden aufmerksam gemacht wird. (Pieper a. a. O. S. 34—35. Lohmar a. a. O., Schwanck S. 15.)

Man kann, glauben wir, getrost sagen, daß die meisten praktischen Ärzte nach bestandener Prüfung sich zur Ausübung ihres Berufes niederlassen, ohne vorher Gelegenheit zur Anfertigung ärztlicher Atteste im Unfallangelegenheiten gehabt zu haben. Es ist dies ein Übelstand, der dringend der Abhilfe bedarf.

Es muß daher in Zukunft gefordert werden, daß die ärztlichen Prüfungsbestimmungen eine Abänderung dahin erfahren, daß der Kandidat der Medizin gehalten ist, bei dem Gesuche um Zulassung zur ärztlichen Staatsprüfung den Nachweis darüber zu liefern, daß er außer einem Zeugnisse über die Erlangung der erforderlichen Kenntnisse bezüglich der bei öffentlichen Versicherungen vorkommenden einschlägigen modernen Heilfaktoren, wenigstens zwei bis drei mit einem ausreichenden Prädikate versehene ärztliche Gutachten — sei es über innere, sei es über chirurgische Krankheitsfälle — vorlegt.

In den Vorschriften für die erste juristische Staatsprüfung bestehen solche ähnliche Bestimmungen schon längst, obwohl dort die Bedeutung dieser Bestimmung im Vergleich zur Medizin eine untergeordnete Rolle spielt, indem nach absolvierter erster juristischer Staatsprüfung eine weitere vierjährige praktische Ausbildung als Referendar in Preußen folgt. Man könnte vielleicht einwenden, daß die Medizinalpraktikantenzeit für die Übung zur Anfertigung von ärztlichen Attesten auszuersehen sei. Dieses halten wir nicht für richtig. Es geht nicht an, einem Medizinalpraktikanten alles

Mögliche noch aufbürden zu wollen. Wir halten es für das Richtige, wenn die oben zitierte Bestimmung während der Studienzeit zu einer obligatorischen und ev. der Sozialen Medizin angegliedert wird. Wir möchten noch betonen, daß durch diese erwähnte Bestimmung in keiner Weise eine Mehrbelastung der Arbeitstätigkeit der Studierenden hervorgerufen wird, was daraus geschlossen werden muß, daß fast sämtliche vor der Staatsprüfung stehende Hörer der Sozialen Medizin an hiesiger Universität freiwillig ärztliche Atteste angefertigt haben, welche von Th. Rumpf mit den Kandidaten eingehend durchgesprochen und zensiert wurden. Und selbst bei einer erheblichen Belastung für die Studierenden dürfte in Zukunft bei der außerordentlichen Wichtigkeit dieses Gegenstandes und dem zugrunde liegenden öffentlichen Interesse von einem Verzicht auf erwähnte Bestimmung keine Rede sein.

Zum Schluß wollen wir nicht verfehlen, noch kurz auf die Vertrauensärzte bei den Schiedsgerichten sowie auf das unter Zuziehung derselben stattfindende schiedsgerichtliche Verfahren zurückzukommen.

Nach § 8 des Gesetzes betr. Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes vom 30. VI. 1900 sind die Vertrauensärzte bei den Schiedsgerichten nur „in der Regel“ und „nach Bedarf“ zuzuziehen. Es ist leicht erklärlich, daß die Schiedsgerichte in sehr vielen Fällen ohne Zuziehung von Sachverständigen wohl kaum eine Entscheidung werden treffen können. Es sollen aber die Vertrauensärzte keineswegs als Gegengutachter gegenüber den von den Bg. beauftragten Ärzten angesehen werden, sondern dieselben sollen eine unparteiische Stellung haben.

In der Praxis wird es häufig so gehalten, daß die Schiedsgerichte nach einem einzigen Termine auf Grund des Gutachtens des zugezogenen Sachverständigen zu einer endgültigen Entscheidung gelangen, und zwar in Fällen, in denen der behandelnde Arzt ein Gutachten in entgegengesetztem Sinne erstattet hat und zwar auf Grund wochen- ja monatelanger Behandlung, Beobachtung und häufiger eingehender Untersuchungen.

Ein solches Verfahren, nämlich über den Kopf des erstbehandelnden Arztes hinaus eine Entscheidung in grundverschiedenem Sinne zu treffen, dürfte nicht als sachlich und einwandsfrei zu betrachten sein.

Es ist ein Unding, daß durch eine einmalige, auch noch so genaue Untersuchung seitens des Vertrauensarztes ein in gleichem

Maße ausführliches, genaues und sachliches Gutachten erstattet werden kann wie auf Grund wochen- oder monatelanger Behandlung, Beobachtung und eingehender Untersuchungen seitens des behandelnden Arztes, zumal wenn letzterer noch als eine Autorität in seinem Fache gilt.

Beim Vorliegen erwähnter oder ähnlicher Fälle dürfte es daher ratsam sein, daß die Schiedsgerichte nicht eher eine endgültige Entscheidung herbeiführen, als bis der behandelnde Arzt gehört ist.

Diese Ansicht entspricht nicht allein dem Gefühle der Billigkeit, sondern sie ist auch in mehreren Rek.-Entsch. des RVA. 2001, 2002 vom 20. VI. 03, A.-N. 1903, S. 472/473 zum Ausdruck gebracht.

Danach gilt die Vorschrift des § 75, Abs. 1, Satz 1 des lw. G. bzw. § 69, Abs. 1, Satz 1 des Gew.-G., daß, wenn man auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden soll, der behandelnde Arzt zu hören ist, nicht nur für das Bescheidsverfahren sondern auch für die Rechtsmittelinstanzen. Das RVA. geht noch weiter, indem es genannte Vorschrift als eine allgemeine, das gesamte Feststellungsverfahren beherrschende und deshalb auch von den Rechtsmittelinstanzen zu beachtende kennzeichnet.

Es hat also das Schiedsgericht auf Grund sorgfältiger Prüfung des Einzelfalles (RE. 2002) zu erwägen, ob es die Sache an die Bg. zurückverweisen oder seinerseits den behandelnden Arzt hören will.

Die Frage bedarf wegen ihrer außerordentlich großen sachlichen Bedeutung, sowie auch um Unzweckmäßigkeiten, Zwistigkeiten der Ärzte u. dgl. zu verhüten, einer einheitlichen Regelung. (Siehe solche sachliche Erwägungen, die für die Einführung der fraglichen Vorschrift — § 75 — bestimmend waren: Verhandlungen des Reichstages — Drucksachen des Reichstages, 10. Legislaturperiode, I. Session 1898/1900, Stenographische Berichte, S. 5334 ff.)

Der Einfluß der sozialen Versicherungsgesetzgebung auf die Entwicklung des Krankenhauswesens.

Von Dr. med. A. Grotjahn, Berlin.

Die Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung auf obligatorischer Grundlage ist erst wenige Jahrzehnte alt. Trotzdem hat sie auf die Versorgung der Kranken, Verunglückten und Invaliden des größten Teiles der Bevölkerung einen bedeutenden Einfluß gehabt, der auch auf das Krankenhauswesen sehr fördernd eingewirkt hat. Es empfiehlt sich, diesem Einfluß, der voraussichtlich in Zukunft noch steigen wird, bei den drei großen Versicherungskörperschaften getrennt nachzugehen.

I.

Infolge ihrer dezentralisierten Organisation hat die Krankenversicherung es zwar weniger wie die Unfallversicherung mit ihren Unfallkrankenhäusern oder gar die Invalidenversicherung mit ihren Anstalten zur vorbeugenden Heilbehandlung zu eigenen Schöpfungen im Krankenhauswesen gebracht, dafür aber um so nachhaltiger das allgemeine Krankenanstaltswesen gefördert und mehr als andere beteiligte Faktoren zu dessen Aufblühen beigetragen. Die Krankenhauspflege ist der doch im allgemeinen nicht der Armenpflege unterstehenden Arbeiterbevölkerung überhaupt erst durch die Krankenkassen zugänglich gemacht worden. Die Verbringung in ein Krankenhaus ist zurzeit anerkanntermaßen für ein Krankenkassenmitglied jedesmal am Platze, wenn die Genesung oder Besserung weniger von der Anwendung einfacher Arzneimittel

als von der Loslösung aus einem dem Heilungsprozesse ungünstigen sozialen Milieu abhängt oder operative Eingriffe und komplizierte Kurmethoden angewandt werden müssen, die nur einer mit allen technischen Hilfsmitteln ausgerüsteten Anstalt zur Verfügung stehen. Die Entwicklung der medizinischen Anschauungen geht dahin, die Vorbedingungen für eine Verbringung in ein Krankenhaus schon früher und weit häufiger als gegeben anzusehen, als das in früherer Zeit mit der damals beliebten Bevorzugung der Arzneimittel in der Behandlung der inneren und dem arglosen Operieren von äußeren Krankheiten in der Wohnung des Patienten der Fall war.

Die mit der Verfeinerung der mechanischen Methoden einhergehende Spezialisierung der Medizin und die gegen früher vollständig verschiedene Wertung der physikalischen Heilmethoden macht diesen Gesichtspunkt ohne weiteres verständlich. Wenn dieses schon ganz im allgemeinen gilt, um wie viel mehr ist es dann im besonderen erforderlich, die der arbeitenden Klasse angehörigen Patienten einem Krankenhause zu überantworten. Zu den Krankheiten, die auch beim Wohlhabenden nach dem Stande unserer gegenwärtigen medizinischen Ansichten unbedingt Krankenhausaufenthalt erfordern, gesellen sich beim versicherten Arbeiter noch jene krankhaften Zustände, die durch Mangel an Pflege, Beengung in den Wohnungsverhältnissen und Infektionsgefahr für die Familienmitglieder erst verhängnisvoll werden. Es ist das Verdienst einer bereits in den Anfängen der Krankenkassengesetzgebung erschienenen Schrift von R. Thomalla,[1]) für die Verbringung der Krankenkassenmitglieder in eine Anstalt ganz bestimmte Indikationen aufgestellt und alle jene Krankheiten aufgeführt zu haben, die in der Wohnung der Erkrankten mit gutem Erfolge nur bei Wohlhabenden oder wenigstens dem Mittelstande angehörigen Kranken behandelt werden können, beim Krankenkassenmitglied aber unbedingt die Verbringung in das Krankenhaus nötig machen.

Der Einfluß des Krankenversicherungsgesetzes auf die Entwicklung des Krankenhauswesens beruht auf dem § 7 dieses Gesetzes, Abs. I, der in der Fassung der Novelle vom 10. April 1892 lautet:

---

[1]) Thomalla, R., Über die Behandlung erkrankter Kassenmitglieder. Für Ärzte, Krankenkassenvorstände, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, 1894.

An Stelle der im § 6 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden, und zwar

I. 1. für diejenigen, welche verheiratet sind, oder eine eigene Haushaltung haben, oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6a Abs. 2 erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;

2. für sonstige Erkrankte unbedingt.

II. Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist neben der freien Kur und Verpflegung die Hälfte des im § 6 als Krankengeld festgesetzten Betrages für die Angehörigen zu zahlen. Die Zahlung kann unmittelbar an die Angehörigen erfolgen.

Die wichtigsten Bestimmungen dieses Paragraphen bedürfen wegen ihrer Eindeutigkeit keines Kommentars. Einige vom Gesetzgeber nebensächlich behandelte, aber in der Tat nicht ganz gleichgültige Punkte verdienen jedoch eine nähere Erläuterung. Dazu gehört zunächst die Frage: wer verfügt über die Gewährung des Krankenhausaufenthaltes? Dem Gesetze nach ohne Zweifel der Krankenkassenvorstand und nicht der Arzt, wie in der Regel angenommen wird. Verständlich wird diese Bestimmung nur dadurch, daß man sich vergegenwärtigt, daß zur Zeit der Ausarbeitung des Gesetzes und auch wohl bis in die unmittelbare Gegenwart hinein die Verbringung in ein Krankenhaus nicht nur als eine medizinisch zu rechtfertigende Maßregel sondern mehr noch als ein Disziplinarmittel des Kassenvorstandes gegenüber der Simulation oder der Übertreibung verdächtigen Kassenmitgliedern betrachtet wurde. Dieser Anschauung ist auch zuzuschreiben, daß nach dem Gesetze die Wahl der Anstaltspflege nur dem Kassenvorstande, nicht aber dem Versicherten zusteht und daß letzterer jeden Anspruch auf Unterstützung verliert, wenn er sich ohne zureichenden Grund weigert, auf die Verfügung des Kassenvorstandes in ein Krankenhaus zu gehen. Eine derartige Spekulation auf die Furcht der Mitglieder vor dem Krankenhause erinnert an Zustände, wie sie glücklicherweise der Vergangenheit des Hospitalwesens angehören. Sie ist bei aufgeklärten Arbeitern durch die Umgestaltung der Krankenhauspflege in den letzten Jahrzehnten obsolet geworden und wird also bei fortschreitender Vervollkommnung der Anstalten ein von Jahr zu Jahr untauglicheres Disziplinarmittel werden.

Andererseits wird aber auch das Verhältnis der Bevölkerung zum Krankenhaus dadurch beeinträchtigt, daß die hie und da infolge traditioneller Vorurteile noch bestehende Scheu vor dem Krankenhause zu Verwaltungszwecken ausgenutzt wird. Die Fassung des § 7 Abschnitt II ermuntert hierzu, indem er die Krankenkassenverwaltung ermächtigt, den Patienten einem Krankenhause zu überweisen, wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6 Abschnitt II erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat. Da der Krankenhausaufenthalt in keinem Falle den Charakter einer Strafe haben sollte, dürfte eine Änderung dieser Bestimmung wünschenswert sein, zumal es ja an anderweitigen Strafmitteln nicht fehlt.

Zu beklagen ist ferner, daß in unserem Krankenversicherungsgesetz dem Versicherten kein Recht auf Krankenhausbehandlung gesetzlich eingeräumt worden ist. Diese Unterlassung war in der Zeit, in der das Gesetz erlassen wurde, verständlich, weil damals Krankenhäuser wohl schwerlich in ausreichendem Maße vorhanden waren. Nachdem gegenwärtig auch die kleineren Städte mit solchen ausgerüstet worden sind und auch die Transportverhältnisse sich ganz außerordentlich gebessert haben, liegt kein Grund mehr vor, den versicherten Krankenkassenmitgliedern einen rechtlichen Anspruch auf Krankenhausaufenthalt zu versagen. Einem Mißbrauch dieser Berechtigung seitens der Versicherten kann ja leicht durch das Beibringen eines ärztlichen Attestes vorgebeugt werden, wie ja denn überhaupt der Arzt auch de jure, nicht nur wie heute fast überall de facto die Instanz für die Entscheidung der Krankenhausbedürftigkeit des Versicherten sein sollte. Von Wichtigkeit für die Einbürgerung der Krankenhausbehandlung unter den Versicherten ist ferner der § 21 des Krankenversicherungsgesetzes, der bestimmt:

Eine Erhöhung und Erweiterung der Leistungen der Ortskrankenkassen ist in folgendem Umfange zulässig:

1. Die Dauer der Krankenunterstützung kann auf einen längeren Zeitraum als 26 Wochen bis zu einem Jahre festgesetzt werden.
2. Neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann, falls der Untergebrachte Angehörige hat, deren Unterhalt bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten wurde, ein Krankengeld bis zur Hälfte des durchschnittlichen Tagelohnes bewilligt werden.
3. Neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann Krankengeld bis zu einem Viertel des durchschnittlichen Tagelohnes auch solchen bewilligt werden, welche nicht den Unterhalt von Angehörigen aus ihrem Lohne bestritten haben.

3a. Für die Dauer eines Jahres von Beendigung der Krankenunterstützung ab kann Fürsorge für Rekonvaleszenten, namentlich auch Unterbringung in einer Rekonvaleszentenanstalt gewährt werden.

Diese Bestimmungen haben wesentlich dazu beigetragen, den Krankenhausaufenthalt bei der Arbeiterbevölkerung populär zu machen. Denn die Trennung von der Familie wird durch die Gewährung des Krankengeldes an diese erheblich erleichtert. In den Großstädten, wo die früher bestehende Furcht vor dem Krankenhause am ehesten geschwunden ist, tritt gegenwärtig sogar schon das Bestreben zutage, bei geringfügigen Leiden den Arzt um Überweisung in ein Krankenhaus zu ersuchen.

Da die Krankenkassen in der Regel zu klein sind, um eigene Rekonvaleszenten- oder Krankenanstalten bauen und betreiben zu können, hat das Gesetz im § 46 den Zusammenschluß mehrerer Krankenkassen zu diesem Zwecke vorgesehen:

Sämtliche oder mehrere Krankenversicherungen und Ortskrankenkassen innerhalb des Bezirks einer Aufsichtsbehörde können durch übereinstimmende Beschlüsse der beteiligten Kassen sich zu einem Verbande vereinigen zum Zweck:

der Anlage und des Betriebes gemeinsamer Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder, sowie zur Fürsorge für Rekonvaleszenten.

In der Tat haben es im Verlaufe der weiteren Entwicklung nur zu einem Verbande zusammengetretene Krankenkassen oder verschmolzene Zentralkassen zu eigenen Neugründungen von Kranken- und Rekonvaleszentenhäusern gebracht.

In welchem Umfang die Krankenkassen, die allgemeinen und

	Gem.-Krv.	Orts-Krk.	Betr.-Krk.	Bau-Krk.	Inn.-Krk.	Eing. H.-K.	Ldsr. H.-K.	Alle Kassenarten
	Absolute Zahlen in 1000 M.							
1892	1834,0	5 219,6	2221,1	151,9	197,8	733,6	67,0	10 425,0
1893	2066,3	5 947,6	2385,1	177,0	233,2	708,4	51,4	11 569,0
1894	2050,8	6 145,5	2444,4	190,1	270,1	713,9	54,0	11 868,8
1895	2315,1	6 427,1	2594,5	167,4	312,2	736,2	51,6	12 604,1
1896	2479,0	6 861,9	2938,6	118,9	338,4	780,3	57,9	13 575,0
1897	2591,0	7 514,0	3346,2	93,8	393,2	810,3	56,3	14 804,8
1898	2604,4	8 024,9	3745,7	89,3	440,7	888,3	59,0	15 852,3
1899	2850,8	9 049,5	4389,0	77,9	498,8	989,5	28,3	17 883,8
1900	2836,2	10 042,7	4899,9	93,1	598,8	1106,8	30,3	19 607,8
1901	3033,3	10 695,0	4977,3	68,3	694,8	1139,5	33,0	20 641,2
1902	3106,7	11 087,0	5107,4	87,5	759,3	1160,1	35,0	21 343,0
1903	3284,7	12 504,6	5579,4	114,6	882,4	1257,9	35,2	23 658,8
1904	3751,5	14 938,8	6497,1	133,4	1041,6	1295,0	36,9	27 694,3

privaten Anstalten in Anspruch nehmen, erhellen am besten die von Jahr zu Jahr steigenden Aufwendungen, die sie für Krankenhauspflege machen.

Die Krankenkassen verausgabten nach den Zusammenstellungen des Kaiserlichen Statistischen Amtes[1]) an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern: (s. Tabelle auf S. 337.)

Die Aufwendungen für Krankenhauspflege haben sich also innerhalb dieser 13 Jahre absolut genommen fast verdreifacht. Da es sich in den meisten Fällen aber um Patienten handelt, die ohne den Rückhalt an der Kasse das Krankenhaus schwerlich aufgesucht haben würden, so ist diese Zunahme für die Entwicklung des Krankenhauswesens ein reiner Gewinn, der dadurch nicht beeinträchtigt wird, daß 'die relative Zunahme, berechnet unter Berücksichtigung der Verallgemeinerung des Kassenzwanges, nicht ganz so hoch ist.

	Gem.-Krv.	Orts-Krk.	Betr.-Krk.	Bau-Krk.	Inn.-Krk.	Eing. H.-K.	Ldsr. H.-K.	Alle Kassenarten	Bei sämtl. Kassen gegen 1892 in %	Krankheitskosten überhaupt auf 1 Mitglied
	Auf 1 Mitglied entfielen Mark									
1892	1,55	1,74	1,27	5,11	2,59	0,92	0,51	1,50	—	13,55
1893	1,67	1,84	1,34	5,68	2,58	1,07	0,82	1,63	+ 8,7	14,35
1894	1,64	1,85	1,32	5,96	2,68	1,08	0,90	1,63	+ 8,7	13,67
1895	1,80	1,86	1,36	6,30	2,72	1,10	0,85	1,67	+11,3	13,93
1896	1,85	1,88	1,44	4,83	2,56	1,12	0,97	1,71	+14,0	13,81
1897	1,89	1,95	1,55	4,70	2,70	1,11	0,96	1,78	+18,7	14,45
1898	1,85	1,97	1,64	4,94	2,77	1,16	1,03	1,81	+20,7	14.60
1899	1,99	2,11	1,83	3,95	2,94	1,23	0,63	1,95	+30,0	15,87
1900	1,97	2,25	1,96	4,56	3,17	1,31	0,66	2,06	+37,3	16,58
1901	2,07	2,35	1,99	4,33	3,41	1,32	0,73	2,14	+42,7	16,94
1902	2,09	2,36	2,05	5,57	3,49	1,29	0,79	2,16	+44,0	17,02
1903	2,19	2,51	2,17	6,96	3,82	1,42	0,85	2,31	+54,0	17,69
1904	2,48	2,80	2,41	5,87	4,18	1,52	0,99	2,59	+72,7	19,97

Betrachten wir die einzelnen Kassenarten, so zeigt sich bei einer Vergleichung, die hier natürlich nur nach Maßgabe der relativen Zahlen vorgenommen werden kann, daß bei den umfassenden Gemeindekrankenkassen, Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und eingeschriebenen Hilfskrankenkassen die Steigerung der Leistungen für die Krankenhausbehandlung sich ziemlich gleichmäßig vollzieht.

---

[1]) Statistik des Deutschen Reiches. Neue Folge, Bd. 170. Statistik der Krankenversicherung im Jahre 1904. Berlin, Puttkammer und Mühlbrecht, 1907.

Welche Rolle die Verpflegungskosten im Verhältnis zu den übrigen Arten der Krankheitskosten spielen, geht aus folgender Tabelle hervor:

Jahr	Von je 100 M. der Krankheitskosten kommen auf						
	Arzt	Arznei und sonstige Heilmittel	Krankengeld	Fürsorge für Rekonvaleszenten	Unterstützung an Wöchnerinnen	Sterbegeld	Verpflegungskosten an Anstalten
1888	20,34	16,16	47,11	—	1,32	4,27	10,80
1889	20,59	16,59	46,30	—	1,29	4,07	11,16
1890	19,97	16,88	47,46	—	1,21	3,90	10,58
1891	20,03	16,70	46,94	—	1,32	3,71	11,30
1892	20,23	17,02	46,63	—	1,29	3,77	11,06
1893	21,01	17,35	44,89	0,04	1,61	3,75	11,35
1894	22,30	17,50	42,78	0,07	1,78	3,65	11,92
1895	22,08	17,30	43,27	0,05	1,74	3,54	12,02
1896	22,61	17,23	42,35	0,07	1,84	3,53	12,37
1897	22,34	17,18	42,93	0,06	1,80	3,40	12,29
1898	22,73	17,19	42,47	0,07	1,83	3,33	12,38
1899	21,96	16,90	43,74	0,07	1,68	3,34	12,31
1900	21,75	16,47	44,31	0,07	1,62	3,36	12,42
1901	21,82	16,03	44,68	0,08	1,60	3,15	12,64
1902	22,35	15,84	44,33	0,08	1,62	3,06	12,72
1903	22,54	15,98	43,75	0,09	1,58	2,98	13,08
1904	22,40	15,02	44,77	0,07	2,00	2,79	12,95

Innerhalb der gesamten Krankheitskosten, die z. B. im Jahre 1900 157 865 000 M. betrugen, nehmen die Aufwendungen für Krankenhauspflege fast den achten Teil in Anspruch, und zieht man die einzelnen Kategorien von Krankenkassen in Betracht, so ergibt sich, daß z. B. für das Jahr 1900 von je 100 M. Krankheitskosten kamen auf:

bei den	Arzt	Arznei und sonstige Heilmittel	Krankengeld	Fürsorge für Rekonvaleszenten	Unterstützung an Wöchnerinnen	Sterbegeld	Verpflegungskosten an Anstalten
Gemeinde-Krankenv.	28,72	18,57	30,22	0.00	0,00	0,01	22,48
Ortskrankenkassen	20,70	16,82	42,99	0,09	1,98	3,18	14,24
Betriebskrankenkassen	22,80	17,19	44,89	0,09	2,04	4,16	8,83
Baukrankenkassen	24,95	10,44	40,89	0,06	0,10	2,31	21,45
Innungskrankenkassen	21,40	13,94	40,03	0,01	0,30	2,99	21,33
Eingeschr. Hilfskassen	17,09	11,08	60,59	0,01	0,11	3,87	7,25
Landesr. Hilfskassen	19,24	17,23	49,80	0,02	0,11	9,40	4,20

Danach würden Gemeinde-, Innungs- und Baukrankenkassen

häufiger als die übrigen Krankenkassen die Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen. Diese Tatsache dürfte sich wohl aus der besonders großen Anzahl lediger Personen erklären, die in jenen Kassen versichert sind.

Staaten und Landesteile	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenanstalten		
	im Jahre 1893	im Jahre 1904	Unterschied
Provinz Ostpreußen	131 671	294 604	+ 162 933
„ Westpreußen	103 355	234 210	+ 130 855
Stadt Berlin	1 211 035	2 631 344	+ 1 420 309
Provinz Brandenburg ohne Berlin	430 618	1 255 847	+ 825 229
„ Pommern	156 247	393 237	+ 236 990
„ Posen	88 051	286 523	+ 198 472
„ Schlesien	589 911	1 451 844	+ 861 933
„ Sachsen	439 639	1 071 847	+ 632 208
„ Schleswig-Holstein	358 062	698 728	+ 340 666
„ Hannover	350 897	977 598	+ 626 701
„ Westfalen	657 419	1 661 606	+ 1 004 187
„ Hessen-Nassau	343 810	963 562	+ 619 752
„ Rheinland	1 315 822	3 473 756	+ 2 157 934
Hohenzollern	9 480	12 305	+ 2 825
Königreich Preußen insgesamt	6 186 017	15 407 011	+ 9 220 994
Bayern rechts des Rheins	1 450 346	3 185 962	+ 1 735 616
Bayrische Pfalz	146 375	268 962	+ 122 587
Königreich Bayern insgesamt	1 596 721	3 454 924	+ 1 858 203
Königreich Sachsen	829 158	2 299 618	+ 1 470 460
„ Württemberg	443 467	984 714	+ 541 247
Baden	786 936	1 662 698	+ 875 762
Hessen	201 669	455 052	+ 253 383
Mecklenburg-Schwerin	47 187	92 244	+ 45 057
Sachsen-Weimar	53 098	169 598	+ 116 500
Mecklenburg-Strelitz	7 872	15 657	+ 7 785
Oldenburg	57 902	122 571	+ 64 669
Braunschweig	135 494	341 649	+ 206 155
Sachsen-Meiningen	20 633	73 132	+ 52 499
Sachsen-Altenburg	31 188	81 245	+ 50 057
Sachsen-Koburg-Gotha	37 399	76 329	+ 38 930
Anhalt	53 917	101 627	+ 47 710
Schwarzburg-Sondershausen	12 242	21 687	+ 9 445
Schwarzburg-Rudolstadt	10 454	27 116	+ 16 662
Waldeck	5 826	9 214	+ 3 388
Reuß älterer Linie	12 141	18 283	+ 6 142
Reuß jüngerer Linie	22 845	62 037	+ 39 192
Schaumburg-Lippe	1 362	2 802	+ 1 440
Lippe	41 189	93 817	+ 52 628
Lübeck	19 812	55 352	+ 35 540
Bremen	93 596	247 937	+ 154 341
Hamburg	623 784	1 033 729	+ 409 945
Elsaß-Lothringen	237 057	784 342	+ 547 285
Deutsches Reich	11 568 966	27 694 385	+ 16 125 419

Ein anschauliches Bild von dem Steigen der Aufwendungen der Krankenkassen für Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern, läßt sich dadurch gewinnen, daß man an der Hand der amtlichen Statistik[1]) diese Aufwendungen nach den einzelnen Landesteilen bestimmt und untereinander vergleicht. Wenn auch infolge der geänderten statistischen Berichterstattung dieser Vergleich nur für einen Zeitraum von 11 Jahren angestellt werden kann, so ist doch selbst in dieser kurzen Zeit ein außerordentliches Anwachsen der für die Krankenhausbehandlung aufgewendeten Summen deutlich erkennbar. Im folgenden sollen die Jahre 1893 und 1901 herausgegriffen und miteinander verglichen werden.

Es ergeben sich in: (s. Tabelle auf S. 340.)

Das enorme Wachsen der Aufwendungen im Laufe weniger Jahre ist natürlich in erster Linie dem Umstande zu danken, daß die kassenärztliche Versorgung überhaupt bedeutend an Ausdehnung gewonnen hat. Doch sind die Aufwendungen auch relativ erheblich gestiegen, wie aus folgender Tabelle, die auf Grund des nämlichen amtlichen statistischen Materials zusammengestellt worden ist, hervorgeht. (S. Tabelle auf S. 342.)

Also auch die relative Vermehrung der Kosten für Krankenhausaufenthalt ist bedeutend, und zwar haben die Staaten und Provinzen, die die größte absolute Steigerung dieser Aufwendungen zeigen, auch mit wenigen Ausnahmen die größte Vermehrung der Kopfquote aufzuweisen.

Nicht nur ist aber die Entwicklung des Krankenhauswesens während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts für die arbeitende Bevölkerung von großem Nutzen gewesen, sondern umgekehrt hat die Zunahme der Versicherten auch das Krankenhauswesen im Sinne einer aufsteigenden Entwicklung beeinflußt.

Vor allem haben die Krankenhäuser immer mehr den Charakter von Armenanstalten verloren, seitdem ein großer Teil der Insassen mit den Rechten von versicherten Personen ausgestattet worden ist. Dann aber auch werden gegenwärtig bedeutend mehr aussichtsvolle und heilbare Fälle in den Krankenhäusern behandelt, so daß nicht mehr wie früher die Anstalten in der Bevölkerung als Sterbehäuser angesehen werden. Dadurch wird die auch gegenwärtig noch bestehende Furcht vor dem Hospital innerhalb der arbeitenden Bevölkerung immer mehr zum Schwinden gebracht.

---

[1]) Statistik des Deutschen Reichs. Hrg. vom Kais. stat. Amt. Neue Folge, Bd. 78, Berlin 1895 und Bd. 147, Berlin 1904.

Es dürfte die Zeit nicht mehr fern sein, wo die Patienten der Überredung oder gar der Androhung des Verlustes der ihnen zustehenden Bezüge nicht mehr bedürfen, um sich in ein Hospital verbringen zu lassen, sondern freiwillig und gern ein solches aufsuchen.

Staaten und Landesteile	Auf ein durchschnittlich vorhanden gewesenes Mitglied an Kur- und Verpflegungskosten				
	im Jahre 1893	im Jahre 1901	im Jahre 1904	Unterschied	
Provinz Ostpreußen	1,24	1,55	1,96	+ 0,31	+ 0,72
„ Westpreußen	1,25	1,58	1,79	+ 0,33	0,54
Stadt Berlin	3,16	3,68	3,79	+ 0,52	0,63
Provinz Brandenburg (ohne B.)	1,18	1,84	2,29	+ 0,66	1,09
„ Pommern	1,29	1,74	2,12	+ 0,55	0,83
„ Posen	1,07	1,49	2,13	+ 0,42	1,06
„ Schlesien	1,18	1,73	2,11	+ 0,55	0,93
„ Sachsen	0,98	1,43	1,65	+ 0,45	0,67
„ Schleswig-Holstein . .	1,89	1,94	2,23	+ 0,05	0,34
„ Hannover	1,40	1,90	2,36	+ 0,50	0,96
„ Westfalen	2,21	2,90	3,44	+ 0,69	1,23
„ Hessen-Nassau . . .	1,55	2,19	2,58	+ 0,64	1,03
„ Rheinland	1,86	2,58	3,07	+ 0,72	1,21
Hohenzollern	1,35	0,97	1,23	— 0,38	— 0,12
Königreich Preußen	1,64	2,21	2,61	+ 0,57	+ 0,97
Bayern rechts des Rheins . .	2,77	3,27	3,95	+ 0,50	1,18
Bayrische Pfalz	1,46	1,45	1,92	— 0,01	+ 0,46
Königreich Bayern	2,56	2,99	3,65	+ 0,43	1,09
Königreich Sachsen	0,91	1,41	1,79	+ 0,50	0,88
„ Württemberg . .	2,01	2,17	2,77	+ 0,16	0,76
Baden	2,41	2,95	3,51	+ 0,54	1,10
Hessen	1,10	1,43	1,76	+ 0,33	0,66
Mecklenburg-Schwerin . . .	1,00	1,12	1,32	+ 0,12	0,32
Sachsen-Weimar	0,88	1,50	2,03	+ 0,62	1,15
Mecklenburg-Strelitz	1,16	1,57	1,63	+ 0,41	0,47
Oldenburg	1,93	2,14	2,63	+ 0,21	+ 0,70
Braunschweig	1,18	1,73	2,26	+ 0,55	1,08
Sachsen-Meiningen	0,65	0,92	1,31	+ 0,27	0,66
Sachsen-Altenburg	0,72	1,07	1,44	+ 0,35	0,72
Sachsen-Koburg-Gotha . . .	0,89	0,85	0,98	— 0,04	+ 0,09
Anhalt	0,98	1,19	1,47	+ 0,21	+ 0,49
Schwarzburg-Sondershausen .	0,82	0,97	1,15	+ 0,15	0,33
Schwarzburg-Rudolstadt . . .	0,62	0,71	1,28	+ 0,09	0,66
Waldeck	1,70	1,17	1,63	— 0,53	— 0,07
Reuß älterer Linie	0,65	0,63	0,83	— 0,02	+ 0,18
Reuß jüngerer Linie	0,78	1,22	1,49	+ 0,44	0,71
Schaumburg-Lippe	0,50	0,63	0,76	+ 0,13	0,26
Lippe	1,42	1,64	2,10	+ 0,22	0,68
Lübeck	1,61	2,03	2,21	+ 0,42	0,60
Bremen	2,50	2,84	3,97	+ 0,34	1,47
Hamburg	2,38	2,63	3,51	+ 0,25	1,13
Elsaß-Lothringen	1,07	1,84	2,43	+ 0,77	1,36
Deutsches Reich	1,63	2,14	2,59	+ 0,51	0,96

Daß die Aufnahme zahlreicher Krankenkassenmitglieder in die allgemeinen Krankenhäuser deren Niveau unverkennbar gehoben hat, lehrt die eigentlich befremdliche Tatsache, daß die Krankenkassen so wenig eigene Krankenhäuser gegründet haben, geradezu als einen Glücksumstand betrachten. Die Krankenkassen haben von der ihnen gesetzlich gewährten Befugnis zur Gründung und Verwaltung eigener Anstalten bisher in einem Grade Gebrauch gemacht, der in keinem Verhältnis zu den ungeheuren Zahlungen an allgemeine Krankenhäuser steht. Das liegt wohl in erster Linie an der weitgehenden Dezentralisation und der damit verbundenen Zersplitterung der finanziellen Kräfte. Namentlich gilt dieses von dem Kern der deutschen Krankenkassen, den Ortskrankenkassen, sowie von den Innungskrankenkassen, am wenigsten von den an Einkünften, Verwaltung und Mitgliederzahl relativ stabilen Knappschafts- und Betriebskrankenkassen. Bei den Orts- und Innungskrankenkassen hat die stete Änderung ihrer inneren Organisation, die Fluktuation ihrer Mitglieder und die damit einhergehende Unsicherheit ihrer finanziellen Basis, endlich aber auch die für den inneren Betrieb wertvolle, für weitergehende Ziele jedoch leicht versagende Selbständigkeit der Kassenvorstände es mit sich gebracht, daß in die Zukunft reichende Maßnahmen, wie es der Bau und Betrieb eigener Krankenhäuser ist, selten ins Auge gefaßt und noch seltener verwirklicht worden sind.

Obwohl die Krankenversicherung der älteste Zweig der sozialen Arbeiterversicherungsgesetzgebung ist, ist sie doch erst wenige Jahrzehnte alt und weder hinsichtlich ihrer Organisation noch ihrer Leistungsfähigkeit so gefestigt, daß sich ihre zukünftige Entwicklung auf Grund der bis jetzt gemachten Erfahrungen mit Zuverlässigkeit voraussagen läßt. Soviel aber kann man mit Bestimmtheit prophezeien: die Beziehungen zum Krankenhauswesen werden in Zukunft noch inniger und mannigfaltiger werden. Wenn die von Jahr zu Jahr dringender werdende Reform der Krankenversicherungsgesetzgebung erst den Kassen eine größere Stabilität gegeben und das Verhältnis zwischen Kassen und Ärzten einer befriedigenden Lösung zugeführt haben wird, dann werden die Krankenkassenverwaltungen auch dem Anstaltswesen eine noch größere Aufmerksamkeit als bisher zuwenden können, zumal ihre Mitglieder immer mehr den Aufenthalt in einer Anstalt beanspruchen dürften. Aber gerade weil diese Entwicklung vorauszusehen ist, muß davor gewarnt werden, daß bei der aus anderen Gründen wünschenswerten größeren Zentralisation, die voraussichtlich die Zukunft den Kranken-

kassen bringen wird, die Kassen in größerem Umfange als bisher eigene Krankenhäuser bauen und in eigener Regie betreiben, da der jetzige Zustand sowohl für das Emporblühen der allgemeinen Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen selbst am vorteilhaftesten ist. Gegenwärtig zahlen die Kassen für ihre Mitglieder einen Pflegesatz, der wenigstens in den Großstädten unter dem Selbstkostenpreise der Kommunalverwaltungen bleibt. Es würde ein Fehler sein, wenn die Pflegesätze so weit erhöht würden, daß sie unter allen Umständen die Selbstkosten erreichen würden, weil damit den Kassen ein mächtiger Anreiz gegeben würde, selbst Anstalten zu bauen und so zu einer überflüssigen Zersplitterung im Krankenkassenwesen beizutragen. Damit das Krankenhauswesen seine medizinischen und hygienischen Aufgaben in möglichst vollkommener Weise erfüllen kann, ist es zwar notwendig, daß es sich selbst wieder differenziert und spezialisiert; aber diese Spezialisierung muß eben nach medizinischen Gesichtspunkten und der Art der zu behandelnden Kranken sich vollziehen, nicht aber nach der Art der Organisation, die ein Krankenhaus benötigt. Eine derartige falsche Spezialisierung würde vielmehr die wünschenswerte Differenzierung nach Maßgabe der Erfordernisse bestimmter Krankheiten unmittelbar lähmen.

Die Ausgaben der Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung sind zwar groß und wachsen von Tag zu Tag, stehen aber doch in keinem richtigen Verhältnis zu den enormen Ausgaben, die die Kassen noch immer für Arzneimittel und für Behandlung in der ärztlichen Sprechstunde machen. Es drückt sich darin die Überschätzung der medikamentösen Behandlung aus, die häufig dazu führt, daß die Mittel der Krankenkassen für Bagatellsachen übermäßig in Anspruch genommen werden. Demgegenüber muß den Krankenkassenmitgliedern immer mehr zum Bewußtsein kommen, daß Krankenhausbehandlung mit gleichzeitiger Zahlung von Unterstützungsgeldern an die Familie das beste ist, was die Kasse zu leisten vermag. Wenn diese Erkenntnis erst Gemeingut aller Versicherten ist, dann werden die Kassenmitglieder noch mehr als bisher unter den Patienten der Krankenhäuser vorherrschen. Eine künftige Reform der Krankenversicherung sollte die Tendenz zu einer gesteigerten Inanspruchnahme der Anstalten zu unterstützen suchen, während sie die jetzt zur Verschwendung von Mitteln führende, uferlose Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei bei allen möglichen vorübergehenden Unpäßlichkeiten einzudämmen suchen sollte.

Wenn das Kontingent der Patienten, das das Krankenkassenwesen den Heilanstalten stellt, noch mehr wachsen wird, so wird sich auch der Zustand nicht mehr aufrecht erhalten lassen, daß man die Verwaltungen der Krankenkassen von der Mitverwaltung und Kontrolle der Krankenhäuser ausschließt. Es wäre vielmehr nur gerecht, daß man ihnen an der Verwaltung der Krankenhäuser einen Anteil einräumte, vielleicht in der Form, daß eine Anzahl Vorstandsmitglieder jener Kassen, die dem betreffenden Krankenhause die meisten Patienten zuweisen, in das Kuratorium der Anstalt eintreten. Die Beliebtheit des Hauses bei den Kassenmitgliedern würde dadurch nur zunehmen und zahlreiche Reibungen und Mißhelligkeiten, die gegenwärtig die Popularität der Krankenhäuser mindern, zum Verschwinden gebracht werden.

II.

Die durch Unfälle in gewerblichen Betrieben entstandenen leichten Verletzungen und auch die größeren, bei denen aber nach erfolgter Heilung keine bleibenden Folgen zu gewärtigen sind, fallen noch den Krankenkassen zur Last. Dagegen gewährt das Gewerbeunfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 mit der Novelle vom 30. Juni 1900 dem Betroffenen 1. die Kosten des Heilverfahrens, soweit nicht die Krankenkassen in Betracht kommen, und 2. die Rente. Für den Einfluß der Unfallversicherung auf das Krankenhauswesen wurde von großer Bedeutung die Bestimmung, nach der statt der Kosten des Heilverfahrens und der Rente, Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden kann (aber nicht muß).

Der § 22 bestimmt darüber:

„An Stelle der in den §§ 9 und 12 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1. Für Verletzte, welche verheiratet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, daß Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

2. Für sonstige Verletzte in allen Fällen.

3. Für die Zeit der Verpflegung des Verletzten in der Heilanstalt steht

seinen Angehörigen ein Anspruch auf Rente insoweit zu, als sie dieselbe im Falle seines Todes würden beanspruchen können.

4. Die Berufsgenossenschaften sind befugt, auf Grund statutarischer Bestimmungen allgemein, ohne eine solche im Falle der Bedürftigkeit dem in einer Heilanstalt untergebrachten Verletzten sowie seinen Angehörigen eine besondere Unterstützung zu gewähren."

Eine gleichlautende Bestimmung trifft § 8 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft vom 5. Mai 1886 in der Fassung der Novelle vom 30. Juni 1900.

Diese Bestimmungen kommentiert C. Thiem[1]) mit folgenden Worten: „Die Anordnungen bezüglich des Heilverfahrens, namentlich das Recht zu wählen, ob an Stelle freier ärztlicher Behandlung und Rente freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause stattzufinden hat, steht nur der Berufsgenossenschaft zu und ein entsprechender Bescheid verpflichtet den Verletzten hierzu. Weigerung in ein Krankenhaus oder in ein mediko-mechanisches Institut zu gehen und unerlaubtes Verlassen desselben erlauben der Berufsgenossenschaft, entweder die Rentenzahlung, solange die Weigerung besteht, ganz einzustellen, oder den für den Verletzten ungünstigsten Schluß zu ziehen, also die Rente so weit herabzusetzen, als dies nach vernünftigen Erwägungen bei geeignetem Heilverfahren voraussichtlich zulässig gewesen wäre. Zeitweilige Entlassung eines Verletzten aus dem Krankenhause ist gerechtfertigt, kann also vom Verletzten verlangt werden zur Zeit der Entbidung der Ehefrau usw."

Besonders günstig hat der § 76c der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz gewirkt, durch den die Berufsgenossenschaften ermächtigt werden, das Heilverfahren schon vor Ablauf der ersten 13 Wochen zu übernehmen.

Die Organe des Unfallversicherungswesens, die Berufsgenossenschaften, haben in der Folge denn auch große Aufwendungen für Krankenhauspflege der Unfallkranken machen müssen. Das erhellen folgende Tabellen, in denen an der Hand der amtlichen Nachweise über die Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften[2]) die Aufwendungen aus dem Jahre 1902 mit denen aus dem Jahre 1888, dem am weitesten zurückliegenden Jahre, aus dem die Daten einen Vergleich gestatten, zusammengestellt worden sind. Es bezahlten:

---

[1]) Thiem, C., Spezielle Krankenversorgung für Arbeiter in Betriebsunfällen. Handb. d. Krankenversorg. u. Krankenpflege, Bd. 2, Abt. 2, 1899, S. 28.

[2]) Herausg. vom Reichsversicherungsamte in Berlin.

die Berufsgenossenschaften	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern im Jahre 1888	im Jahre 1905	Unterschied
A. Gewerbliche Berufsgenossenschaften.			
Knappschafts-B.-G.	95 774	776 432	+ 680 658
Steinbruchs-B.-G.	17 667	167 464	+ 149 797
B.-G. der Feinmechanik	1 694	28 820	+ 27 126
Süddeutsche Eisen- und Stahl-B.-G.	5 194	72 139	+ 66 945
Südwestdeutsche Eisen-B.-G.	5 469	53 058	+ 47 589
Rheinisch-Westfälische Hütten- und Walzwerks-B.-G.	22 878	110 294	+ 87 416
Maschinenbau- und Kleineisenindustrie-B.-G.	10 603	78 193	+ 67 590
Sächs.-Thüring. Eisen- und Stahl-B.-G.	4 725	45 518	+ 40 793
Nordöstliche Eisen- und Stahl-B.-G.	5 745	38 694	+ 32 949
Nordwestliche Eisen- und Stahl-B.-G.	5 965	60 220	+ 54 255
Süddeutsche Edel- u. Unedelmetall-B.-G.	328	10 550	+ 10 222
Schlesische Eisen- und Stahl-B.-G.	7 809	54 125	+ 46 316
Norddeutsche Metall-B.-G.	1 921	18 491	+ 16 570
B.-G. der Musikinstrumentenindustrie	200	2 245	+ 2 045
Glas-B.-G.	2 085	17 146	+ 15 061
Töpferei-B.-G.	169	9 872	+ 9 703
Ziegelei-B.-G.	11 266	121 481	+ 110 215
B.-G. der chemischen Industrie	12 423	88 076	+ 75 653
B.-G. der Gas- und Wasserwerke	1 589	12 333	+ 10 744
Leinen-B.-G.	768	7 638	+ 6 870
Norddeutsche Textil-B.-G.	2 262	17 239	+ 14 977
Süddeutsche Textil-B.-G.	2 381	15 795	+ 13 414
Schlesische Textil-B.-G.	225	8 866	+ 8 641
Textil-B.-G. von Elsaß-Lothringen	86	4 729	+ 4 643
Rheinisch-Westfälische Textil-B.-G.	3 622	11 264	+ 7 642
Sächsische Textil-B.-G.	3 181	12 804	+ 9 623
Seiden-B.-G.	585	4 778	+ 4 193
Papiermacher-B.-G.	8 649	48 610	+ 39 961
Papierverarbeitungs-B.-G.	1 736	8 338	+ 6 602
Lederindustrie-B.-G.	1 618	16 037	+ 14 419
Sächsische Holz-B.-G.	420	8 675	+ 8 255
Norddeutsche Holz-B.-G.	8 030	160 287	+ 152 257
Bayrische Holz-B.-G.	416	6 312	+ 5 896
Südwestdeutsche Holz-B.-G.	1 104	15 455	+ 14 351
Müllerei-B.-G.	10 771	54 529	+ 43 758
Nahrungsmittelindustrie-B.-G.	2 740	20 354	+ 17 614
Zucker-B.-G.	1 356	25 760	+ 24 404
B.-G. der Molkerei- und Brennerei- und Stärkeindustrie	2 931	14 250	+ 11 319
Brauerei- und Mälzerei-B.-G.	17 177	87 334	+ 70 157
Tabak-B.-G.	39	2 601	+ 2 562
Bekleidungsindustrie-B.-G.	1 034	10 549	+ 9 515
B.-G. der Schornsteinfegermeister des Deutschen Reiches	1 465	3 602	+ 2 137
Hamburger Baugewerks-B.-G.	6 722	18 804	+ 12 082
Nordöstliche Baugewerks-B.-G.	9 118	84 466	+ 75 348
Schlesisch-Posensche Baugewerks-B.-G.	3 950	37 155	+ 33 205
Hannoversche Baugewerks-B.-G.	3 198	32 385	+ 29 187
Magdeburger Baugewerks-B.-G.	2 755	13 400	+ 10 645

die Berufsgenossenschaften	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern		
	im Jahre 1888	im Jahre 1905	Unterschied
Sächsische Baugewerks-B.-G.	7 415	47 006	+ 39 591
Thüringische Baugewerks-B.-G. . . .	1 414	12 308	+ 10 894
Hessen-Nassauische Baugewerks-B.-G.	4 215	38 352	+ 34 137
Rheinisch-Westfälische Baugewerks-B.-G.	10 788	93 352	+ 82 564
Württembergische Baugewerks-B.-G. .	2 308	18 047	+ 15 739
Bayrische Baugewerks-B.-G.	7 522	48 895	+ 41 373
Südwestliche Baugewerks-B.-G. . . .	5 884	44 850	+ 38 966
Deutsche Buchdrucker-B.-G.	—	7 221	+ 7 221
Privatbahn-B.-G.	3 534	10 264	+ 6 730
Straßen- und Kleinbahn-B.-G. . . .	2 757	27 030	+ 24 273
Lagerei-B.-G.	8 962	119 936	+ 110 974
Fuhrwerks-B.-G.	13 494	100 788	+ 87 294
Westdeutsche Binnenschiffahrts-B.-G. .	2 463	9 837	+ 7 374
See-B.-G.	991	24 020	+ 23 029
Tiefbau-B.-G.	9 699	160 245	+ 150 546
Fleischerei-B.-G.	—	24 713	+ 24 713
Schmiede-B.-G.	—	19 465	+ 19 465
Elbschiffahrts-B.-G.	1 764	18 828	+ 17 064
Ostdeutsche Binnenschiffahrts-B.-G. .	910	5 814	+ 4 904
B. Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften.			
Ostpreußische landwirtschaftl. B.-G. .	9	52 568	
Westpreußische landw. B.-G.	33	41 913	
Brandenburgische landw. B.-G. . . .	365	52 767	
Pommersche landw. u. forstw. B.-G. .	—	43 242	
Posensche landw. B.-G.	—	57 187	
Schlesische landw. B.-G.	191	60 454	
Landw. B.-G. f. die Provinz Sachsen .	11	45 397	
Schleswig-Holsteinsche landw. B.-G. .	54	29 126	
Hannoversche landw. B.-G.	382	32 290	
Westfälische landw. B.-G.	—	32 840	
Hessen-Nassauische landw. B.-G. . .	—	24 766	
Rheinische landw. B.-G.	—	94 749	
Oberbayrische landw. u. forstw. B.-G.	—	28 051	
Niederbayrische landw. u. forstw. B.-G.	—	13 837	
Pfälzische landw. u. forstw. B.-G. . .	—	9 880	
Oberpfälzische landw. u. forstw. B.-G.	—	17 027	
Oberfränkische landw. u. forstw. B.-G.	—	8 250	
Mittelfränkische landw. u. forstw. B.-G.	—	13 797	
Unterfränkische landw. u. forstw. B.-G.	—	12 143	
Schwäbische landw. u. forstw. B.-G. .	—	13 900	
Landw. u. forstw. B.-G. für das Königreich Sachsen	—	61 657	
Landw. B.-G. für den Neckarkreis . .	—	17 812	
Landw. B.-G. für den Schwarzwaldkreis	—	5 186	
Landw. B.-G. für den Jagstkreis . .	—	6 728	
Landw. B.-G. für den Donaukreis . .	—	13 679	
Badische landw. B.-G.	—	25 317	
Land- u. forstw. B.-G. f. d. Grh. Hessen	—	44 919	
Landw. B.-G. f. Mecklenburg-Schwerin	77	13 868	
Weimarische landw. B.-G.	269	3 234	

die Berufsgenossenschaften	an Kur- und Verpflegungskosten in Krankenhäusern		
	im Jahre 1888	im Jahre 1905	Unterschied
Mecklenburg-Strelitzsche landw. und forstw. B.-G.	—	3 879	
B.-G. Oldenburger Landwirte	—	9 874	
Braunschweigische landw. B.-G.	—	9 295	
Meininger land- u. forstw. B.-G.	—	4 292	
Altenburgische landw. B.-G.	—	2 698	
Coburgische land- u. forstw. B.-G.	—	662	
Gothaische land- u. forstw. B.-G.	—	2 554	
Anhaltische land- u. forstw. B.-G.	—	3 686	
Rudolstädtische land- u. forstw. B.-G.	—	1 296	
Schwarzb.-Sondershausensche ldw. B.-G.	—	1 646	
Land- u. forstw. B.-G. f. d. Fürstent. Reuß ä. L.	—	915	
Land- u. forstw. B.-G. f. d. Fürstent. Reuß j. L.	—	1 682	
Schaumburg-Lippesche landw. B.-G.	—	102	
Lippesche land- u. forstw. B.-G.	—	1 107	
B.-G. der Bremischen Landwirte	—	—	
Hamburgische landw. B.-G.	—	1 408	
Landw. B.-G. Unter-Elsaß	—	25 819	
Landw. B.-G. Ober-Elsaß	—	7 551	
Landw. B.-G. Lothringen	—	16 129	
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	395 963	3 348 138	+ 2 952 175
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften	1 391	971 179	+ 969 788
Sämtliche Berufsgenossenschaften des Deutschen Reiches	397 354	4 319 317	+ 3 921 963

Diese enormen Aufwendungen der Berufsgenossenschaften, die von Jahr zu Jahr steigen, sind zum bei weitem größeren Teile den allgemeinen Krankenhäusern und hier wieder vornehmlich den chirurgischen Abteilungen zugute gekommen. Der Aufschwung, den die praktische Chirurgie in den letzten Jahrzehnten in Deutschland in einer vom Auslande beneideten Weise genommen hat, wird sicher außer den wissenschaftlichen und technischen Leistungen der modernen Chirurgie auch der geregelten Versorgung der verunglückten Arbeiter verdankt, die das soziale Unfallversicherungswesen, das an die Stelle der älteren, durchaus unzulänglichen Haftpflicht getreten ist, inauguriert hat. Die regelmäßigen Einkünfte, die die allgemeinen Krankenhäuser in steigendem Maße durch die Überweisung von Unfallkranken genießen, haben zahlreiche Anstalten in Provinzial- und Kreisstädten veranlaßt, eigene chirurgische

Stationen einzurichten und spezialistisch geschulte Chirurgen mit deren Leitung zu betrauen.

Aber nicht nur durch förderliche Einwirkung auf die allgemeinen Krankenhäuser sondern auch durch Errichtung eigener Anstalten hat die Unfallversicherung der Entwicklung des Krankenhauswesens genützt. Das Interesse, das die Berufsgenossenschaften sowohl an der baldigen Heilung der Unfallverletzten im anatomischen Sinne als auch an der funktionellen Heilung, d. h. der Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der verletzten Glieder haben, hat zur Gründung eigener Unfallkrankenhäuser geführt, in denen nach den Grundsätzen der Orthopädie und Neurologie diese funktionelle Heilung angestrebt wird. Da in diese Anstalten aber auch die nicht seltenen Patienten zur Beobachtung eingewiesen werden, die nach Ansicht der Berufsgenossenschaften zu hohe Entschädigungsansprüche stellen, genießen die Unfallkrankenhäuser unter der versicherten Arbeiterschaft, die sie mit dem Namen „Rentenquetschen" zu bezeichnen pflegt, keine besondere Popularität.

Daß die Berufsgenossenschaften das Interesse für die funktionelle Heilung energisch zur Geltung bringen, ist sehr erfreulich. Diese Bestrebungen haben auf die chirurgische Tätigkeit in den allgemeinen Krankenhäusern, die sich früher vielfach gar zu schnell lediglich auf die Heilung im chirurgischen Sinne beschränkte, anfeuernd gewirkt. Ob es aber zweckmäßig ist, die Unfallverletzten in eigenen, den Berufsgenossenschaften gehörenden Anstalten einer Nachbehandlung zu unterziehen, ist eine Frage, die keineswegs ohne weiteres bejaht werden kann. Vielmehr läßt sich mit guten Gründen die Berechtigung eigener Unfallkrankenhäuser bestreiten. Die dort auf Grund der Beobachtung angefertigten ärztlichen Atteste, die für den Rentenbezug der Unfallverletzten natürlich maßgebend sind, führen in den Augen der Versicherten und — das muß offen ausgesprochen werden — auch in den Augen mancher Privatärzte das Odium mit sich, daß sie nicht von unparteiischen und unabhängigen Ärzten, sondern von solchen, die das Interesse der Berufsgenossenschaften pflichtgemäß bis zum Äußersten zu wahren gezwungen sind, ausgehen. Es kommt nicht selten vor, daß die Gutachten der berufsgenossenschaftlichen Ärzte im Gegensatz zu denen stehen, die von den Vertrauensärzten der Versicherten selbst beigebracht werden. Kein Wunder, wenn daher bei allen Beteiligten (außer den Berufsgenossenschaften) das Verlangen nach einer ganz unabhängigen und unbeteiligten Stellung der testierenden

Ärzte laut wird, einem Verlangen, das der Gesetzgeber wohl am besten dadurch erfüllen könnte, wenn er die Begutachtung der Unfallverletzten den Kreis- oder Gerichtsärzten übertrüge. Die eigenen Unfallkrankenhäuser würden dann aber ihren Wert für die Berufsgenossenschaften verlieren.

Dagegen dürfte die Zukunft die Organe der Unfallversicherung wohl vor die Aufgabe stellen, geeignete oder besonders bedürftige Unfallverletzte in Anstaltspflege dauernd unterzubringen. Zwar ist der Versuch, anstatt der Rente dem Unfallgeschädigten den Aufenthalt in einem Versorgungsheim zu bieten, wie er uns später bei der Invalidenversicherung begegnen wird, leider bis jetzt von den Berufsgenossenschaften noch nicht gemacht worden. Doch deutet manches darauf hin, daß dieses in nicht allzu ferner Zeit geschehen wird. Wenigstens ist in dem höchst beachtenswerten Versuch, den der Berliner Verein für Unfallverletzte mit einer Werkstätte für Unfallverletzte unter Leitung von W. Eisner unternommen hat, eine Vorstufe zu erblicken zu Versorgungsheimen für Unfallverletzte, die sich aus eigenen Mitteln nicht erhalten können und die nur noch in begrenzter Weise zu gewinnbringender Arbeit fähig sind.

III.

Im Laufe der Jahre hat sich herausgestellt, daß das ursprünglich am wenigsten beliebte, in der Bevölkerung verächtlich „Klebegesetz" genannte Alters- und Invalidenversicherungsgesetz sich bezüglich Organisation, Wirksamkeit und Beliebtheit bei der arbeitenden Bevölkerung am besten von den drei sozialen Versicherungsgesetzen bewährt hat. Auch auf das Krankenhauswesen ist es, obgleich dieses den Zwecken der Invalidenversicherung auf den ersten Blick recht fern zu liegen scheint, von großem Einfluß gewesen. Während das Krankenversicherungs- und Unfallversicherungsgesetz auf Vermehrung und Ausbau vornehmlich der allgemeinen Krankenhäuser gewirkt haben, ist das Invalidenversicherungsgesetz besonders in seiner Fassung vom 13. Juli 1899 zum Träger einer ganz neuen Art von Krankenfürsorge, der sog. vorbeugenden Anstaltsbehandlung, geworden.

Diese vorbeugende Krankenhausbehandlung ist eng verquickt mit den medizinischen Anschauungen des letzten Jahrzehntes und sie würde wohl kaum eine so große praktische Bedeutung gewonnen

haben, wenn nicht gleichzeitig eine geschickt inszenierte und mit großer Wucht um sich greifende Bewegung besonders die Lungentuberkulose durch rechtzeitiges Verschicken im Anfangsstadium befindlicher Lungenkranker in wirkungsvoller Weise bekämpfen zu können geglaubt hätte.

Das ältere Gesetz über Alters- und Invaliditätsversicherung vom 22. Juli 1889 enthielt in seinem § 12 nur unzureichende Bestimmungen über vorbeugende Krankenhausbehandlung. Das Verdienst auf Grund dieser Bestimmungen zum ersten Male die Behandlung eines Patienten auf Kosten der Landesversicherungsanstalt durchgesetzt zu haben, gebührt J. Pauly in Posen, der Mitte der 90er Jahre die Landesversicherungsanstalt Posen bewog, eine von ihm an beginnender Lungentuberkulose behandelte Patientin in die Weicker'sche Lungenheilstätte in Görbersdorf auf die Dauer von mehreren Monaten zu verschicken, damit ihr Lungenspitzenkatarrh dort ausheile und die für diese vorbeugende Behandlung verausgabte Summe eine frühzeitige Invalidisierung, die beim Unterlassen der Kur unausbleiblich gewesen wäre, erspare. Dem Beispiele Pauly's ist man an zahlreichen anderen Orten gefolgt und unter dem Drucke von übertrieben optimistischen Anschauungen über die Heilbarkeit der Frühtuberkulose haben sich die Landesversicherungsanstalten unter der Führung der von Gebhardt geleiteten hanseatischen Anstalt an die Gewährung dieser vorbeugenden Krankenhausbehandlung gewöhnt, bis endlich die Novelle vom 13. Juli 1899 eine unzeifelhafte rechtliche Grundlage für dieses Verfahren schuf.

Die wichtigsten Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899, die die vorbeugende Krankenfürsorge betreffen, lauten (Reichsgesetzblatt S. 463):

§ 18.

Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfang eintreten zu lassen.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhaus oder in einer Anstalt für Genesende gewähren. Ist der Erkrankte verheiratet, oder hat er eine eigene Haushaltung, oder ist er Mitglied der Haushaltung seiner Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so gehen bei Versicherten, welche der reichsgesetzlichen oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, vom Beginne dieses Heilverfahrens an bis zu dessen Beendigung die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Dieser hat die Krankenkasse Ersatz zu leisten in Höhe desjenigen Krankengeldes, welches der Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte.

Während des Heilverfahrens ist für solche Angehörigen des Versicherten, deren Unterhaltung dieser bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, eine Unterstützung auch dann zu zahlen, wenn der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenversorgung nicht unterliegt. Diese Angehörigenunterstützung beträgt, sofern der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenfürsorge bis zum Eingreifen der Versicherungsanstalt unterlag, die Hälfte des für ihn während der gesetzlichen Dauer der Krankenunterstützung maßgebend gewesenen Krankengeldes, im übrigen ein Viertel des für den Ort seiner letzten Beschäftigung oder seines letzten Aufenthalts maßgebenden ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter. Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung angerechnet werden.

§ 19.

Die Versicherungsanstalt, welche ein Heilverfahren eintreten läßt, ist befugt, die Fürsorge für den Erkrankten der Krankenkasse, welcher er angehört oder zuletzt angehört hat, in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Versicherungsanstalt für geboten erachtet. Werden dadurch der Kasse Leistungen auferlegt, welche über den Umfang der von ihr gesetzlich oder statutarisch zu leistenden Fürsorge hinausgehen, so hat die Versicherungsanstalt die entstehenden Mehrkosten zu ersetzen. Bestand eine Fürsorgepflicht der Krankenkasse nicht mehr, so ist ihr von der Versicherungsanstalt bei Gewährung der im § 6 Abs. 1 Ziffer 1 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen das halbe, bei Unterbringung des Versicherten in ein Krankenhaus oder in eine Anstalt für Genesende das einundeinhalbfache Krankengeld zu ersetzen, sofern nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

§ 22.

Wird der Versicherte infolge der Krankheit erwerbsunfähig, so kann ihm, falls er sich den gemäß §§ 18, 19 von der Versicherungsanstalt getroffenen Maßnahmen ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat, die Invalidenrente auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden, sofern er auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, daß die Erwerbsunfähigkeit durch sein Verhalten veranlaßt ist.

§ 45.

Durch übereinstimmenden Beschluß des Vorstandes und des Ausschusses kann bestimmt werden, daß die Überschüsse des Sondervermögens einer Versicherungsanstalt über den zur Deckung ihrer Verpflichtung dauernd erforderlichen Bedarf zu anderen als den im Gesetze vorgesehenen Leistungen im wirtschaftlichen Interesse der der Versicherungsanstalt angehörenden Rentenempfänger, Versicherten sowie ihrer Angehörigen verwendet werden.

Solche Beschlüsse bedürfen der Genehmigung des Bundesrats. Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn das Sondervermögen der Versicherungsanstalt zur dauernden Deckung ihrer Verpflichtung nicht mehr ausreicht.

§ 47.

Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig (§§ 15, 16) erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Ist begründete Annahme vorhanden, daß der Empfänger einer Invalidenrente bei Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, so kann die Versicherungsanstalt zu diesem Zwecke ein Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen des § 18 Abs. 2 bis 4, §§ 19 bis 21, 23 mit der Maßgabe Anwendung, daß an Stelle der Angehörigenunterstützung die Invalidenrente treten kann. Hat sich der Rentenempfänger solchen Maßnahmen der Versicherungsanstalt ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, sofern auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, daß er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hat.

Nach diesen Bestimmungen kann sich also die vorbeugende Krankenhausbehandlung auf alle Krankheiten erstrecken, wenn man sich von ihr eine Verhinderung frühzeitiger Invalidisierung verspricht, wenn auch in der Tat die Lungentuberkulose den größten Teil an dieser prophylaktischen Heilbehandlung gegenwärtig noch genießt.

Der Umfang, in dem die Landesversicherungsanstalten wegen beginnender, voraussichtlich noch heilbarer oder erheblich besserungsfähiger Krankheiten die vorbeugende Heilstättenbehandlung eintreten lassen, ist von Jahr zu Jahr bedeutender geworden. Es wurden den Heilstätten übergeben:[1])

im Jahre	Personen	mit einem Kostenaufwande von M.	und in % der Einnahme
1888	13 758	2 769 330	2,1
1899	20 039	4 056 975	2,8
1900	27 427	6 210 720	4,0
1901	32 710	7 912 219	4,9
1902	35 949	9 056 240	5,4

[1]) Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung für die Jahre 1897, 1899, 1900, 1901 und 1902 und Statistik der Heilbehandlung 1901—1905. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes, 1903, 1. Beiheft und 1906, 2. Beiheft. Ascher & Co.

im Jahre	Personen	mit einem Kostenaufwande von M.	und in % der Einnahme
1903	43 593	11 501 205	6,5
1904	49 491	12 735 081	6,6
1905	56 420	14 448 005	7,1

Die meisten Patienten, nämlich 54 Proz. litten an Lungentuberkulose, an deren Heilung oder doch umfassenden Besserung den Versicherungsanstalten deshalb viel gelegen sein muß, weil die Tuberkulose zu den wichtigsten Ursachen der Invalidität gehört. Die Beteiligung der einzelnen Versicherungsanstalten, soweit es sich um Lungentuberkulose handelt, ergibt sich aus den folgenden Tabellen.

Ueber die Dauererfolge der vorbeugenden Lungenheilbehandlung veröffentlichte das Reichsversicherungsamt im Jahre 1906 folgende Angaben:

Krankheitsgruppen und Geschlecht der behandelten Personen	Auf 100 ständ. behandelte Personen wurde bei Abschluß d. Heilverfahrens Heilerfolg erzielt, so daß Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit nicht zu besorgen war					Auf 100 ständig behandelte und kontrollierte Personen														
						aus dem Jahre 1901					aus dem Jahre 1902				aus dem Jahre 1903			aus dem Jahre 1904		aus dem Jahre 1905
	im Jahre					wurde Erwerbsunfähigkeit verhindert bis zum Schlusse des Jahres														
	1901	1902	1903	1904	1905	1901	1902	1903	1904	1905	1902	1903	1904	1905	1903	1904	1905	1904	1905	1905
Bei den wegen Lungentuberkulose behandelten Personen und zwar:																				
a) bei Männern und Frauen zus.	77	78	80	79	82	70	55	46	40	34	73	58	50	42	74	60	51	74	61	77
c) bei Männern allein	77	77	79	79	81	70	53	45	38	32	72	57	48	41	73	59	49	73	60	77
b) bei Frauen allein	77	80	82	81	83	72	60	51	45	39	76	62	54	46	77	64	55	76	64	79

Aus den nämlichen amtlichen Publikationen lassen sich folgende Angaben über Umfang und Erfolg der im Jahre 1905 abgeschlossenen vorbeugenden Behandlung wegen beginnender Lungentuberkulose zusammenstellen:

Versicherungsanstalten	Zahl der Versicherten	Behandelte Personen überhaupt	Heilerfolg, so daß Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 5 Abs. 4 IVG. nicht zu befürchten war, trat ein bei	Heilerfolg im Sinne des § 5 Abs. 4 IVG. wurde nicht erzielt bei
Ostpreußen	410 721	229	169	60
Westpreußen	300 129	161	108	53
Berlin	452 644	2 204	1 955	249
Brandenburg	641 715	1 332	1 034	298
Pommern	335 024	217	132	85
Posen	361 824	484	461	23
Schlesien	1 041 258	1 038	959	79
Sachsen-Anhalt	633 066	526	409	117
Schleswig-Holstein	291 828	346	298	48
Hannover	504 857	1 082	870	212
Westfalen	469 062	1 785	1 617	168
Hessen-Nassau	355 110	1 041	894	147
Rheinprovinz	994 252	3 580	3 076	504
Oberbayern	330 219	1 098	994	104
Niederbayern	162 389	63	44	19
Pfalz	155 312	287	191	96
Oberpfalz und Regensburg	116 864	92	80	12
Oberfranken	135 053	90	76	14
Mittelfranken	177 693	382	336	46
Unterfranken und Aschaffenburg	120 555	120	28	92
Schwaben und Neuburg	161 597	119	91	28
Königreich Sachsen	942 642	1 525	1 329	196
Württemberg	386 531	1 114	691	423
Baden	362 553	1 605	751	854
Großherzogtum Hessen	210 947	714	590	124
Mecklenburg	179 463	126	88	38
Thüringen	295 935	850	728	122
Oldenburg	58 808	81	72	9
Braunschweig	107 203	344	294	50
Hansestädte	244 023	1 439	1 323	116
Elsaß-Lothringen	326 361	618	502	116
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	192 159	810	707	103
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	69 803	476	391	85
Saarbrücker Knappschaftsverein	30 740	—	—	—
Arb.-Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatseisenbahnverw.	23 770	63	48	15
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	24 111	34	31	3
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	27 230	12	10	2
Arb.-Pens.-Kasse d. Bad. Staatseisenb. u. Salinen	12 577	61	51	10
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	12 544	64	51	13
Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum	154 687	409	309	100
Insgesamt 1905	11 813 259	26 621	21 788	4833

Die Kosten der ständigen im Jahre 1905 abgeschlossenen vorbeugenden Behandlung wegen beginnender Lungentuberkulose beliefen sich bei den

Versicherungsanstalten	Kosten insgesamt M.	pro Kopf der mit Erfolg Behandelten M.	pro Kopf der ohne Erfolg Behandelten M.
Ostpreußen	84 941	420	232
Westpreußen	66 023	467	294
Berlin	1 055 144	510	231
Brandenburg	545 585	465	217
Pommern	77 698	483	164
Posen	146 114	307	201
Schlesien	442 273	437	297
Sachsen-Anhalt	186 382	397	205
Schleswig-Holstein	93 320	278	217
Hannover	360 322	360	221
Westfalen	512 176	299	175
Hessen-Nassau	305 624	306	218
Rheinprovinz	1 180 190	357	165
Oberbayern	114 799	102	128
Niederbayern	17 414	333	145
Pfalz	97 787	398	226
Oberpfalz und Regensburg	25 610	286	227
Oberfranken	29 143	337	251
Mittelfranken	114 284	309	230
Unterfranken und Aschaffenburg	30 644	277	249
Schwaben und Neuburg	39 818	363	241
Königreich Sachsen	689 310	484	237
Württemberg	367 056	363	275
Baden	522 839	452	215
Großherzogtum Hessen	272 459	432	142
Mecklenburg	48 851	444	256
Thüringen	289 662	360	224
Oldenburg	44 201	561	423
Braunschweig	95 330	297	162
Hansestädte	623 986	434	429
Elsaß-Lothringen	213 395	377	210
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	491 688	653	291
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	174 711	386	280
Saarbrücker Knappschaftsverein	—	—	—
Arb.-Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatseisenbahnverw.	21 589	397	169
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	15 243	461	314
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	3 569	290	333
Arb.-Pens.-Kasse f. d. Bad. Staatseisenb. u. Salinen	34 217	625	233
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	24 433	405	290
Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum	221 705	616	314
Insgesamt 1905	9 679 535	394	225

Umfang und Erfolg der im Jahre 1905 abgeschlossenen Heilbehandlung wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose betrug bei den

Versicherungsanstalten	Behandelte Personen überhaupt	Heilerfolg, daß Erwerbsunfähigkeit im Sinne d. § 5 Abs. 4 IVG. nicht zu befürchten war, trat ein bei	Heilerfolg im Sinne des § 5 Abs. 4 IVG. wurde nicht erzielt bei
Ostpreußen	2 049	1 554	495
Westpreußen	730	536	194
Berlin	2 392	2 191	201
Brandenburg	599	433	166
Pommern	441	310	131
Posen	714	669	45
Schlesien	844	779	65
Sachsen-Anhalt	261	209	52
Schleswig-Holstein	789	638	151
Hannover	1 299	1 150	149
Westfalen	1 089	1 002	87
Hessen-Nassau	685	545	140
Rheinprovinz	1 623	1 371	252
Oberbayern	807	697	110
Niederbayern	114	69	45
Pfalz	166	90	76
Oberpfalz und Regensburg	177	118	59
Oberfranken	88	64	24
Mittelfranken	111	83	28
Unterfranken und Aschaffenburg	85	42	43
Schwaben und Neuburg	93	62	31
Königreich Sachsen	1 046	901	145
Württemberg	1 362	976	386
Baden	451	195	256
Großherzogtum Hessen	539	476	63
Mecklenburg	172	136	36
Thüringen	1 353	1 101	252
Oldenburg	115	86	29
Braunschweig	56	45	11
Hansestädte	618	552	66
Elsaß-Lothringen	250	160	90
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	558	517	41
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	137	105	32
Saarbrücker Knappschaftsverein	—	—	—
Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatsb.	63	56	7
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	19	15	4
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	6	3	3
Arb.-Pens.-Kasse f. d. Bad. Staatsb.	158	132	26
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	32	25	7
Allg. Knappschaftsverein zu Bochum	231	172	59
Insgesamt 1905	22 322	18 265	4057

Die Kosten der ständigen im Jahre 1905 abgeschlossenen vorbeugenden Behandlung wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose beliefen sich bei den

Versicherungsanstalten	Kosten insgesamt M.	pro Kopf der mit Erfolg Behandelten M.	pro Kopf der ohne Erfolg Behandelten M.
Ostpreußen	177 346	86	89
Westpreußen	105 933	146	143
Berlin	878 239	375	280
Brandenburg	161 090	297	196
Pommern	66 872	159	134
Posen	120 425	164	233
Schlesien	218 611	265	192
Sachsen-Anhalt	57 836	238	155
Schleswig-Holstein	130 136	172	134
Hannover	261 953	200	213
Westfalen	169 933	157	146
Hessen-Nassau	121 882	179	173
Rheinprovinz	337 906	212	186
Oberbayern	78 949	90	145
Niederbayern	16 023	177	85
Pfalz	36 065	247	182
Oberpfalz und Regensburg	20 867	115	124
Oberfranken	16 665	184	204
Mittelfranken	15 950	151	121
Unterfranken und Aschaffenburg	8 886	102	107
Schwaben und Neuburg	16 339	160	206
Königreich Sachsen	236 507	228	213
Württemberg	231 648	172	165
Baden	67 797	168	137
Großherzogtum Hessen	145 841	280	198
Mecklenburg	47 599	289	232
Thüringen	209 759	159	136
Oldenburg	29 251	247	277
Braunschweig	8 536	154	145
Hansestädte	172 353	282	250
Elsaß-Lothringen	36 163	165	109
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Preuß.-Hess. Eisenbahngem.	123 467	223	200
Norddeutsche Knappsch.-Pens.-Kasse	22 148	149	202
Saarbrücker Knappschaftsverein	—	—	—
Arb.-Pens.-Kasse d. K. Bayr. Staatseisenbahnverw.	14 708	246	132
Arb.-Pens.-Kasse der K. Sächsischen Staatseisenbahnen	5 766	300	316
Allg. Knappschafts-Pens.-Kasse f. d. Königr. Sachsen	647	108	108
Arb.-Pens.-Kasse f. d. Bad. Staatseisenb. u. Salinen	28 738	186	161
Pens.-Kasse f. d. Arb. d. Reichseisenbahnverw.	7 623	245	212
Allgemeiner Knappschaftsverein zu Bochum	76 735	380	193
Insgesamt 1905	4 483 192	209	163

Am Anfang des Jahres 1903 besaß: die Landesversicherungsanstalt Berlin 1 Lungenheilstätte, 1 Heilstätte für geschlechtskranke Männer und 2 Sanatorien für andere Kranke mit insgesamt 678 Betten; die Landesversicherungsanstalt Brandenburg 1 Lungenheilstätte mit 110 Betten; die Landesversicherungsanstalt Hannover 3 Lungenheilstätten und 2 Sanatorien für andere Kranke mit insgesamt 316 Betten; die Landesversicherungsanstalt Schlesien 3 Sanatorien mit zusammen 340 Betten; die Landesversicherungsanstalt Baden 1 Lungenheilstätte mit 122 Betten; die Thüringische Landesversicherungsanstalt 1 Lungenheilstätte und 2 Sanatorien mit insgesamt 143 Betten; die Landesversicherungsanstalt Braunschweig 2 Lungenheilstätten mit 116 Betten; die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte 2 Lungenheilstätten und 2 Sanatorien mit insgesamt 360 Betten; die Landesversicherungsanstalt Württemberg 1 Sanatorium mit 45 Betten.

Ein näheres Eingehen auf die Erfolge der vorbeugenden Heilbehandlung, wie sie in einem von Jahr zu Jahr wachsenden Maße von den Versicherungsanstalten angewandt wird, kann hier füglich unterbleiben, da ja die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit dieser Behandlung weder von medizinischer noch von verwaltungstechnischer Seite bestritten wird, es vielmehr nur noch Gegenstand der Kontroverse ist, welche chronischen krankhaften Zustände bei dieser Behandlung vorzugsweise berücksichtigt werden sollen. Für die Entwicklung des Heilstättenwesens an sich ist diese Frage jedoch bedeutungslos, da ja innerhalb des Betriebes dieser Anstalten Verschiebungen bezüglich der Verpflegung und Behandlung je nach dem augenblicklichen wissenschaftlichen Standpunkte jeder Zeit vorgenommen werden können.

Von Jahr zu Jahr ist die vorbeugende Krankenhausbehandlung in größerem Umfange von den Behörden der Invalidenversicherung angeordnet worden. Nach den amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamtes ist in dem Jahrfünft von 1897 bis 1902 die Zahl der wegen Lungenschwindsucht in vorbeugende Heilstättenbehandlung genommenen Männer auf fast das Fünffache, die Zahl der tuberkulösen Frauen auf nahezu das Sechsfache, die Anzahl der wegen anderer Krankheiten als Lungentuberkulose in vorbeugende Anstaltsbehandlung genommenen Männer um mehr als das Doppelte, die die Frauen um mehr als das Dreifache gestiegen.

Auch auf das private Krankenhauswesen hat die vorbeugende Heilstättenbewegung förderlichen Einfluß ausgeübt. Davon legen

folgende Angaben Zeugnis ab: In dem Jahrfünft 1898 bis 1902 überwiesen die Landesversicherungsanstalten 999 Patienten dem Weicker'schen Krankenheim für Lungenkranke in Görbersdorf, 473 Patienten der Hettinger'schen Lungenheilanstalt in Nordroch (Baden), 198 Patienten der Lungenheilanstalt von Dr. Lipp in Reichelsheim im Odenwald, 167 Patienten der Heilstätte Waldhof-Elgershausen im Kreise Wetzlar von Dr. Liebe, 204 Patienten der von Hahn'schen Anstalt in Sülzhain im Südharz, 80 Patienten dem Rassenberg'schen Sanatorium für Lungenkranke ebendaselbst, 78 Patienten der Lungenheilanstalt von Pintschovius in Altanbrak am Harz, 67 Patienten der Brehmer'schen Heilanstalt in Görbersdorf, 228 Patienten der Schmitt'schen Heilanstalt in Lindenfels im Odenwald, 28 dem Niemöller'schen Kurhaus in Zwischenahn u. a. m.

Auch zahlreiche Krankenanstalten, die von Wohlfahrtsvereinen unterhalten werden, werden von den Landesversicherungsanstalten durch Zuweisung von Patienten unterstützt und so mit festen Einnahmen versehen. In den Jahren von 1898 bis 1902 überwiesen die Landesversicherungsanstalten u. a. 686 Patienten der Volksheilstätte vom Roten Kreuz am Grabowsee bei Oranienburg, 432 Patienten der Volksheilstätte Vogelsang (bei Gommern) des Vaterländischen Frauenvereins Oberkaufungen (bei Kassel), 149 Patienten dem Johanniterhospital Plön, 39 Patienten dem Johanniterhospital Altena i. W., 403 Patienten dem Augusta-Viktoriastift in Lippspringe, 123 Patienten dem Augusta-Viktoriaheim zu Eberswalde, 110 Patienten der Lungenheilstätte des Bergischen Vereins für Gemeinwohl in Honnef, 80 Patienten der Heilstätte Luitpoldheim bei Lohr a. M., 46 der Lungenheilstätte des Berlin-Brandenburger Heilstättenvereins zu Belzig, 17 der Heilstätte des Kölner Heilstättenvereins in Rosbach (Rheinprovinz), 24 Patienten der Heilstätte des Magdeburger Vereins zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht in Loslau.

Die vorbeugende Krankenhauspflege wird voraussichtlich auch in der Zukunft von den Landesversicherungsanstalten ausgebaut werden. Erst die Erfahrungen von Jahrzehnten, die gegenwärtig noch ausstehen, können uns genauer Aufschluß geben, welche Krankheiten die beste Aussicht bei der die Invalidität vorbeugenden Behandlung gewährleisten. Erst wenn diese Erfahrungen, von Fachleuten verarbeitet, vorliegen, wird man Regeln aufstellen können, die sowohl den medizinischen wie den fiskalischen Gesichtspunkten entsprechen. Wie auch die vorbeugende Krankenhauspflege sich dereinst qualitativ entwickeln wird, jedenfalls kann

man schon heute voraussagen, daß sie sich quantitativ von Jahr zu Jahr ausdehnen wird.

Endlich deuten Anzeichen darauf hin, daß neben der vorbeugenden Krankenhauspflege in Zukunft die Landesversicherungsanstalten mehr der Einrichtung von Invalidenheimen, in denen auf Grund des § 25 IVG. der zum Rentenbezug Berechtigten eine dauernde Unterkunft geboten wird, ihr Interesse zuwenden werden. Die Kostspieligkeit, die wir leider an unseren modernen Krankenhaus- und Heilstättenbauten als unvermeidlich anzusehen uns gewöhnt haben, ist bei den Invalidenhäusern durchaus zu vermeiden, da einfache Wohnhäuser für eine beschränkte Anzahl von Insassen (20—25) durchaus genügen. Es brauchen gar keine Neubauten zu sein; sondern ältere Wohnhäuser können ganz gut den neuen Zwecken angepaßt werden. Mit 1,50 pro Tag höchstens müssen die Kosten für den Pflegling sich bestreiten lassen. Die Einrichtung besonderer Invalidenheime durch die Versicherungsanstalten wird natürlich dadurch gehemmt, daß der Aufwand für einen Pflegling in einem Heim auch bei denkbar sparsamster Einrichtung immer sich noch erheblich teurer stellt, als der Betrag der Rente ist. Das Reichsversicherungsamt steht aber gegenwärtig der Einrichtung besonderer Invalidenheime wie der Überweisung von Rentenempfängern an andere Anstalten durchaus wohlwollend gegenüber. Wenigstens sind die erforderlichen Satzungsänderungen und die von den einzelnen Versicherungsanstalten erlassenen Ausführungsbestimmungen stets genehmigt worden.

Der § 45 des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 erlaubt den Landesversicherungsanstalten, die Überschüsse des Sondervermögens auch zu anderen als den im Gesetze vorgesehenen Leistungen im wirtschaftlichen Interesse der Rentenempfänger, Versicherten, sowie ihrer Angehörigen zu verwenden. Diese Erlaubnis ist dem Anstaltswesen sehr zugute gekommen, indem viele Versicherungsanstalten, die keine eigenen Krankenhäuser oder Heilstätten gebaut haben, doch Wohlfahrtsvereinen durch Herleihung von Kapital zu niedrigem Zinsfuß den Bau von Heilstätten ermöglicht oder erleichtert haben. Die Gesamtsumme, die von den Invalidenversicherungsanstalten bis Ende 1902 zugunsten gemeinnütziger Zwecke angelegt worden ist, betrug 323 Mill. Mk. Nach dem Geschäftsbericht des deutschen Zentralkomitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke von 1904 entfielen davon auf die Landwirtschaft (Hypotheken, Kleinbahnen, Land- und Wegeverbesserungen, Hebung der Viehzucht, Linderung der Futternot usw.) mehr als 67 Mill. Mk., auf Kranken- und Genesungshäuser, Volks-

heilstätten, Gemeindepflegestationen, Volksbäder, Kleinkinderschulen, Schlachthäuser, Kanalisationsanlagen und ähnliche Wohlfahrtseinrichtungen nahezu 128 Mill. Mk., auf den Bau gesunder Arbeiterwohnungen 103 Mill. Mk. und endlich auf eigene Krankenhäuser, Heilstätten und Invalidenhäuser der Versicherungsträger rund 24 Mill. Mk. Diese Aufstellung legt zwar ein Zeugnis ab für das erfreuliche Interesse der Landesversicherungsanstalten für das Krankenhaus- und Heilstättenwesen und die Höhe der zu deren Gunsten hergeliehenen Kapitalien, zeigt uns aber auch andererseits, daß die Versicherungsanstalten in großem Maßstabe Unternehmen finanziell stützen, die, wie Hebung der Viehzucht, Wegeverbesserungen, Bau von Kleinbahnen mit den Zwecken der sozialen Versicherungsgesetzgebung keinen oder doch nur einen sehr lockeren Zusammenhang haben. Aus diesem Grunde dürfte in § 45 das Wort „wirtschaftlich“ zu beanstanden sein. Hoffentlich wird es bei einer Änderung des Gesetzes in „hygienisch“ umgewandelt und im Gesetz selbst festgestellt, daß ein bestimmter hoher Prozentsatz, 50 oder 75 Proz. der Überschüsse für die Förderung des Anstaltswesens Verwendung finden müsse. Der § 45 ließe sich sogar auf die Fürsorge für die bedrohten Kinder der erkrankten Versicherten anwenden. Es erhellt daraus, in wie umfassender Weise sich in Zukunft die Invalidität vorbeugende Anstaltspflege durch Verfolgung der in der Invalidenversicherungsgesetzgebung ruhenden Tendenzen ausbauen ließe und wie enge Beziehungen sich zwischen Krankenhauswesen und Versicherungsgesetzgebung auch bei diesem Zweige der Arbeiterversicherung ergeben. Doch ist immer noch fraglich, ob die Landesversicherungen gut daran tun, eigene Anstalten zu bauen und zu betreiben oder ob sie nicht auch besser fahren, wenn sie kommunale oder Landesanstalten beschicken. Die bisherigen Erfahrungen sprechen mehr für das letztere Verfahren, da die eigenen Anstalten außerordentlich teuer im Bau und im Betrieb zu stehen kommen.

Leitsätze.

1. Die soziale Versicherungsgesetzgebung hat auf die Entwicklung des Krankenkassenwesens einen sehr großen Einfluß ausgeübt und die Krankenhauspflege erst in Deutschland volkstümlich gemacht.

2. Die Krankenversicherung hat insbesondere zur Vermehrung und Verbesserung der allgemeinen Krankenhäuser beigetragen und diesen den Charakter der Armenanstalten abstreifen helfen.

3. Die Unfallversicherung hat die Vermehrung und Verbesserungen der chirurgischen Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser angeregt und diese genötigt, neben der chirurgischen auch die funktionelle Heilung der Unfallverletzten mit Nachdruck zu betreiben.

4. Die Invalidenversicherung hat eine ganz neue Art von Krankenhausfürsorge, die vorbeugende Anstaltsbehandlung, inauguriert.

5. Um die fördernde und anregende Wirkung der Versicherungsgesetzgebung auf die Ausbreitung und Differenzierung des Krankenkassenwesens auch in Zukunft tätig zu erhalten, muß bei einer kommenden Zentralisierung des Versicherungswesens vermieden werden, daß die Versicherungskörperschaften eigene Anstalten bauen, da eine Spezialisierung des Anstaltswesens zweckmäßig nach der Art der zu behandelnden Kranken aber nicht nach der der errichtenden Instanzen anzustreben ist.

Medizinalstatistische Daten.

1. Beziehungen zwischen sozialer Lage und Sterblichkeit an Krebs und Schwindsucht.

In dem S. 272 zitierten Londoner Medizinalbericht findet sich eine Erhebung über die Höhe der Sterblichkeit an Krebs und Schwindsucht während der Jahre 1901—1904 in den einzelnen Londoner Bezirken, die nach der Zahl der in überfüllten Wohnungen lebenden Einwohner geordnet sind. Es wird dabei darauf hingewiesen, daß allerdings die Reichen Gelegenheit haben, die besten und erfahrensten Ärzte zu befragen, dies aber dadurch bei den Armen ausgeglichen werde, daß für diese öffentliche Anstalten in großer Fülle vorhanden sind. Bei der Berechnung ist die verschiedene Altersbesetzung der Bevölkerung der einzelnen Bezirke berücksichtigt, es wurden Standardziffern berechnet unter Zugrundelegung der Altersverhältnisse der Bevölkerung von ganz London.

Bezirke, in denen von 100 Bewohnern in überfüllten Wohnungen leben	Sterblichkeit an Lungenschwindsucht			Sterblichkeit an Krebs		
	Sterbefälle auf 10000 Einw.	Standard-Sterblichkeit	Verhältniszahl (London = 100)	Sterbefälle auf 10000 Einw.	Standard-Sterblichkeit	Verhältniszahl (London = 100)
unter 7,5 Prozent	11,2	11,3	70	9,4	9,3	101
7,5—12,5 "	14,2	14,4	89	9,1	9,2	100
12,5—20,0 "	15,4	15,1	94	9,6	9,1	99
20,0—27,5 "	21,6	20,8	129	9,9	9,6	104
über 27,5 "	21,2	22,2	138	8,0	9,0	98
Ganz London	16,1	16,1	100	9,2	9,2	100

Wie man sieht, ist die soziale Lage ohne Einfluß auf die Krebshäufigkeit, während sie für das Vorkommen der Tuberkulose von weittragender Bedeutung ist.

2. Die Zahl der Gebrechlichen.

Bei den englischen Volkszählungen werden auch die Gebrechen erhoben. In Großbritannien und Irland werden nur die Irrsinnigen, Blinden und Taubstummen mit annähernder Sicherheit ermittelt, während die infolge von Krankheit, Unfall, Alter usw. Gebrechlichen daselbst nur ganz unvollständig erhoben werden. Viel

besser sind die Zählungen der letzteren im Kapland und in Australien; nach dem Census of the British Empire für 1901 (London 1906) kamen auf 1000 Einwohner Gebrechliche dieser Art

	männlich	weiblich
Kapland	10,7	6,5
Neusüdwales	14,9	8,1
Victoria	20,8	13,1
Queensland	11,0	7,2
Südaustralien	12,7	8,6
Westaustralien	12,6	7,1
Tasmanien	18,1	13,5
Neuseeland	15,0	8,0

Für einige dieser Staaten ist die Art des Gebrechens nach Alter und Geschlecht ausgezählt, am eingehendsten wurden die Erhebungen in Neuseeland verwertet (ohne Einbeziehung der Maoris). Nach den Zahlen des Zensus von 1901 wurden von mir die folgenden Verhältnisziffern für Neuseeland berechnet:

Auf je 10000 Lebende kommen Gebrechen

infolge von	0—15 Jahre	15—30 Jahre	30—40 Jahre	40—50 Jahre	50—60 Jahre	60—70 Jahre	üb. 70 Jahre	Zus.
Männliches Geschlecht								
Krankheiten, genannte	5,4	20,9	20,5	32,7	58,7	158,3	344,4	34,7
„ ungenannte	10,7	28,2	39,1	50,1	91,1	240,9	380,8	50,7
Unfall	7,2	30,9	26,3	38,8	53,0	88,3	121,4	30,3
Taubstummheit	3,9	3,5	3,3	2,7	2,7	1,3	1,1	3,3
Blindheit	1,5	2,5	5,4	5,2	16,5	32,6	81,6	7,3
Geisteskrankheit	1,1	16,2	53,0	95,6	126,4	107,8	101,5	39,4
Idiotie	0,9	2,5	1,3	1,0	0,3	1,3	1,1	1,4
Epilepsie	0,9	2,1	3,0	0,5	1,7	2,6	3,3	1,7
Lähmung	0,9	2,3	2,8	5,6	8,6	40,0	58,5	6,1
Verkrüppelung	1,9	4,8	4,2	4,7	10,7	17,4	18,8	5,2
Schwäche	0,4	0,8	1,3	2,2	9,0	70,8	429,4	15,0
Taubheit allein	0,7	3,7	4,8	4,9	12,9	23,9	56,3	6,0
überhaupt	35,5	118,4	165,0	244,0	390,7	785,2	1598,2	201,1
Weibliches Geschlecht								
Krankheiten, genannte	5,5	25,3	31,6	38,3	54,6	116,7	276,9	29,8
„ ungenannte	9,0	26,2	38,0	41,9	69,6	123,9	139,2	31,4
Unfall	2,7	5,1	6,2	8,3	10,1	20,6	45,8	6,3
Taubstummheit	2,4	2,6	3,3	1,9	2,8	1,4	3,2	2,5
Blindheit	1,3	1,6	1,9	6,1	9,1	25,6	60,6	4,3
Geisteskrankheit	0,9	12,7	44,5	81,8	102,8	112,5	86,8	29,3
Idiotie	0,7	1,5	2,1	1,9	0,9	1,4	1,5	1,3
Epilepsie	0,8	1,5	1,2	1,0	2,3	1,4	—	1,2
Lähmung	0,9	0,9	1,4	2,2	13,7	34,2	49,1	4,0
Verkrüppelung	0,9	1,5	2,0	1,6	3,7	4,3	3,2	1,6
Schwäche	0,1	1,9	2,7	4,4	15,5	49,1	272,0	8,7
Taubheit allein	0,5	3,1	4,1	6,7	13,3	19,2	50,7	4,6
überhaupt	25,7	83,9	139,0	196,1	298,4	510,3	989,0	125,0

Die Zahlen der Gebrechlichen in den ersten Jugendjahren sind stets unvollständig, da manche Gebrechen in ihrem vollen Umfang erst beim Eintritt in die Schule oder bei der Berufswahl erkannt werden. Wie rasch viele Gebrechen mit dem Alter zahlreicher werden, ist deutlich ersichtlich; bei allen Gebrechen sind die Verhältniszahlen beim weiblichen Geschlecht höher, und zwar meist erheblich höher als beim männlichen.

F. Prinzing.

Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin.[1]

Sitzung vom 25. Oktober 1906.

Vorsitzender: Herr Mayet. Schriftführer: Herr R. Lennhoff.

Herr Th. Sommerfeld trägt vor über **„das Verbot der Verwendung des weißen Phosphors in der Zündholzindustrie"**.

Wenn durch einen Bergsturz oder durch Explosion von Schlagwettern Hunderte von Bergleuten, von der Außenwelt abgeschlossen, durch giftige Gase, Feuer oder die Gewalt der umhergeschleuderten Massen jäh dahingerafft werden, so durcheilt diese Trauerbotschaft mit Blitzesschnelle die gesamte Kulturwelt, und jedes fühlende Herz beklagt nicht nur die Opfer ihres Berufes, sondern ist auch bereit, die Not der ihrer Ernährer beraubten Witwen und Waisen zu lindern. Das Plötzliche, das mit elementarer Gewalt Hereinbrechende ist es, was des Menschen Gemüt hier so mächtig packt; man forscht eifrig nach den Ursachen des Unglücks, fordert stürmisch die Bestrafung der Schuldigen und ruft von allen Seiten mit kräftiger Stimme nach behördlichen Maßnahmen, um gleichen Ereignissen für die Zukunft vorzubeugen. Doch was bedeuten die Hunderte oder Tausende, welche auf diese oder andere Weise tödlich verunglücken, was selbst die Zehntausende, welche infolge von Betriebsunfällen körperliche Schädigungen mit teilweiser oder auch gänzlicher Erwerbsunfähigkeit davontragen, gegenüber der unabsehbaren Zahl derjenigen, die durch die allmähliche Einwirkung des mit der Ausübung zahlreicher Berufe verbundenen Schädlichen ihre Gesundheit und oft auch ihr Leben einbüßen?! In meinem Handbuch der Gewerbekrankheiten glaube ich durch umfangreiche tabellarische Übersichten, deren Ergebnisse sich mit den Forschungen anderer Gewerbehygieniker decken, den Beweis erbracht zu haben, daß zahllose Arbeiter durch die Beschäftigung in geschlossenen Räumen, namentlich in sitzender, vornübergebeugter Haltung, chronische Erkrankungen der Atmungsorgane erwerben, daß insbesondere jene Arbeiter, welche berufsmäßig reichliche Mengen eines scharfen, zackigen, spitzen Staubes einzuatmen verurteilt sind, zu einem sehr erheblichen Prozentsatze allmählich der Lungentuberkulose anheimfallen. Sterben doch von 100 Steinmetzen und Steinbildhauern an dieser Geisel des Menschengeschlechtes nach meiner Berechnung nicht weniger als 89, von 100 Stahlschleifern 75, von 100 Kürschnern, Hutmachern, Schiefergriffel-

---

[1]) Nach den Verhandlungen der Gesellschaft, abgedruckt in Nr. 44 u. 49, 1906 der „Medizinischen Reform", herausg. von R. Lennhoff.

arbeitern, Drechslern 60—70, von 100 Porzellanarbeitern, Tischlern, Vergoldern und Glasschleifern 50—60! Wenn indessen diese den Stolz des Menschen als Krone der Schöpfung demütigenden Erfahrungen, ebenso wie die betrübende Tatsache, daß zahllose Tausende von Arbeitern durch das Hantieren mit gewerblichen Giften schwere Einbuße an ihrer Gesundheit erleiden und oft im kräftigen Mannesalter elend dahinsiechen, von der Allgemeinheit schweigend hingenommen werden, so findet diese auffallende, ungerechtfertigte Geringschätzung der inneren Berufsschädigungen gegenüber den Unfallverletzungen lediglich in dem Umstande eine Erklärung, daß erstere nicht wie die Unfälle sich mit elementarer Gewalt kundgeben und eben noch blühende Menschen verstümmeln oder dahinraffen, sondern ihre Wirkung nur langsam schleichend entfalten, um ihre Opfer dann desto sicherer zu verderben. Zudem reicht die Kenntnis der inneren Berufsschädigungen nicht weit über die Kreise der Ärzte, Sozialhygieniker und Krankenversicherungsanstalten hinaus, was um so mehr zu bedauern ist, als die allgemeine Kenntnis dieser Verhältnisse die Volksseele aufrütteln, das soziale Empfinden der maßgebenden Kreise verschärfen und hierdurch ein tatkräftigeres Eingreifen der Regierungen zeitigen würde. Augenblicklich steht im Vordergrunde des Interesses die Bekämpfung der Giftgefahr in gewerblichen Betrieben, und ich werde mir mit Erlaubnis unseres verehrlichen Vorstandes heute gestatten, über den Stand der Phosphorfrage zu berichten. Wenn gegenüber dem Blei und manchen anderen gewerblichen Giften der weiße, nach Lichteinwirkung gelblich durchscheinende Phosphor bezüglich des Umfanges seiner Verwendung auch weit in den Hintergrund tritt, so hat er vor jenen doch den bedauerlichen Vorzug voraus, daß er schon in kleinsten Mengen die schwersten Vergiftungen auszulösen vermag.

Die hauptsächlichste Verwendung findet der Phosphor zur Fabrikation von Zündmitteln, besonders in der Phosphorzündholzindustrie.

Seinen Eingang in den Körper findet hier das Gift teils durch die Phosphordämpfe, welche sich trotz weitgehendster Vorbeugungsmaßregeln in selbst vorzüglich geleiteten Fabriken erfahrungsgemäß nicht gänzlich verhüten lassen, zum Teil auch dadurch, daß die mit phosphorhaltiger Masse verunreinigten Finger an den Mund gebracht werden und das Gift von hier aus in die Verdauungswege und in den Blutkreislauf gelangt. Mit und auch völlig ohne Vermittelung einer Zahnfäulnis (caries dentium) erkranken die Arbeiter vereinzelt bald nach Aufnahme ihrer Beschäftigung, in der Regel jedoch erst nach mehrjähriger Tätigkeit; zudem sind in der Literatur Fälle beschrieben, in denen Arbeiter noch 3 bis 5 Jahre und selbst noch längere Zeit nach dem Aussetzen ihrer Beschäftigung in der Zündholzindustrie zum erten Male an Phosphorvergiftung erkrankt sind.

Da ich es für wahrscheinlich halte, daß die Mehrzahl unter Ihnen die Phosphornekrose in natura noch nicht gesehen hat, gestatte ich mir, Ihre Aufmerksamkeit auf die ausgestellten Präparate zu lenken. Sie erkennen an den Präparaten die von mir in Kürze angedeuteten tiefen Zerstörungen der knöchernen und fleischigen Teile am Unterkiefer und in dessen Umgebung; auch sehen Sie neugebildete Knochenmassen, sowie die sogenannte Todenlade mit dem Sequester. Was nunmehr die Verbreitung der Phosphornekrose anbelangt, so müssen wir daran festhalten, daß unsere Kenntnis hierüber recht mangelhaft ist, denn einerseits finden über diese Frage in einzelnen Ländern überhaupt keine Erhebungen statt, andererseits entsprechen die Fälle, die zur amtlichen Kenntnis gelangen, nach dem übereinstimmenden Urteil fast aller Forscher nicht der Wirk-

lichkeit, sondern bleiben hinter dieser vermutlich weit zurück. In Deutschland berichten die Gewerbeinspektoren, denen man ein Verständnis für die Schädigungen der Arbeiter wahrlich nicht absprechen darf, alljährlich nur über vereinzelte Fälle von Phosphorvergiftung; in England sollen nach den Berichten der Certifying surgeons (Amtsärzte) in der Zeit von 1900 bis 1903 nur 9 Fälle, davon 4 mit tödlichem Ausgange, sich ereignet haben, und auch in den jüngsten Jahren soll die chronische gewerbliche Phosphorvergiftung nur ganz vereinzelt aufgetreten sein, seit der Berner Staatenkonferenz im Jahre 1905 nur in 3 Fällen. Derartige amtliche Erhebungen, die sich doch nur auf das stützen können, was gerade zur Kenntnis der Aufsichtsbeamten gelangt, können gar nicht den wirklichen Umfang der Schädigung erfassen. Der einzig richtige Weg, den auch ich bei der Feststellung der hygienischen Lage der Steinhauer, der Porzellanarbeiter, der Schiefergriffelarbeiter, der Perlmutterdrechsler und der Schriftgießer gegangen bin, ist eine spezielle Untersuchung am Sitze der Industrie durch einen sachkundigen Arzt. Herrn Teleky, einem der österreichischen Delegierten auf der diesjährigen Versammlung der internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz, gebührt das Verdienst, in der vorgezeichneten Weise vorgegangen zu sein. Er beschränkte anfangs seine Untersuchungen auf einen kleinen Bezirk in Böhmen. In insgesamt 8 Fabriken waren in den letzten 10½ Jahren 46 Fälle von Phosphornekrose vorgekommen, 9 mit tödlichem Ausgange; aus früheren Zeiten konnte er weitere 31 Fälle feststellen. 57 Kranke hat er selber gesehen und untersucht. Trotzdem der Bezirk des zuständigen Gewerbeinspektors bei weitem größer war als der, auf dem T. seine Untersuchungen anstellte, gelangten im letzten Jahrzehnt, 1896—1905, doch nur 19 Fälle zur amtlichen Kenntnis, wobei noch besonders hervorgehoben werden muß, daß gerade der Gewerbeinspektor von Budweis der Phosphorfrage ein sehr großes Interesse entgegenbringt. Die gleichen Resultate zeitigten Teleky's jüngste Untersuchungen in Steiermark, woselbst er aus 2 Fabriken mit je 200—250 Arbeitern 9 frische Phosphorerkrankungen aus den Jahren 1905 und 1906 feststellen konnte. Im ganzen sind aus diesen 2 Fabriken in den letzten 10 Jahren 22 Fälle von Nekrose hervorgegangen, während der Gewerbeinspektor aus seinem ganzen Aufsichtsbezirke, der 6 Phosphorzündholzfabriken umfaßt, nur von 9 Fällen Kenntnis erhielt. Sechs Jahrzehnte sind vergangen, seitdem Lorinser in den Medizinischen Jahrbüchern des K. K. österreichischen Staates die nekrotische Zerstörung der Kieferknochen auf die Einwirkung des weißen Phosphors zurückführte. Er berichtete damals über 9 Fälle von Nekrose, von denen 5 tödlich verliefen. In späteren Jahren konnte er Hirt über weitere 126 Fälle Mitteilung machen. Bald nach Lorinser's erster Publikation kamen weitere Mitteilungen aus den verschiedensten Landesteilen Österreichs und auch aus anderen Ländern, so daß die Regierungen nunmehr der Frage nähertreten mußten, wie der furchtbaren Wirkung des Phosphors mit Erfolg entgegengetreten werden könnte. Nach und nach wurden in fast allen Kulturstaaten Gesetze erlassen, welche der gewerblichen Schädigung der Arbeiter durch gesundheitsgemäße Ausgestaltung der Arbeitsräume und Arbeitsweise sowie durch Belehrung der Arbeiter zu steuern suchten. Aber weder die Trennung der einzelnen Arbeitsräume noch die Anordnung einer bestimmten Höhe und eines Mindestluftraumes für die einzelnen Betriebsräume noch auch die Regelung der Ventilation und Reinigung und die Überwachung des Gesundheitszustandes der Arbeiter waren imstande, Vergiftungen völlig auszuschalten. In dieser Erkenntnis sahen sich einzelne Länder genötigt, zu dem einzig rationellen Aushilfs-

mittel zu greifen, d. h. den weißen Phosphor für die Herstellung von Zündhölzchen gänzlich zu untersagen. So gingen der Reihe nach, Dänemark, die Schweiz, die Niederlande, Frankreich und jüngst auch Deutschland vor. In dem Kampfe gegen den weißen Phosphor haben auf Grund ihrer Erfahrung immer in erster Reihe die Ärzte gestanden, aber wirksamer als deren Anstrengungen waren die Bemühungen der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz. Sogleich bei ihrer Begründung hat die Vereinigung die Frage der Bekämpfung des weißen Phosphors als eine der dringendsten Aufgaben ins Auge gefaßt und auf Grundlage sorgfältiger Vorarbeiten ihr Bureau in Basel beauftragt, an den hohen Schweizerischen Bundesrat mit der Bitte heranzutreten, er möge die Initiative ergreifen, auf dem Wege einer internationalen Vereinigung die Verwendung des weißen Phosphors bei der Herstellung von Zündhölzchen zu verbieten. Die Frucht dieser Bemühungen war die Berner Konferenz im Jahre 1905. Die hier gegen das gewünschte Verbot geltend gemachten Bedenken gipfelten namentlich darin, daß die Konkurrenz Japans in Ostasien zu befürchten sei. Nur unter großen Schwierigkeiten gelang es, manche Exportstaaten dazu zu bewegen, von der weitergehenden Forderung abzustehen, daß nämlich auch die Zustimmung der Absatzgebiete, insbesondere der Balkanstaaten, Ägyptens, Ostindiens zum Verbote erforderlich wäre. Es gaben schließlich die Regierungen des Deutschen Reiches, von Österreich, Ungarn, Belgien, Dänemark, Spanien, Frankreich, Italien, Luxemburg, Norwegen, der Niederlande, Portugal und die Schweiz dem Weißphosphorverbot in der Zündhölzchenindustrie ihre Zustimmung unter der Bedingung, daß dasselbe erst vom 1. Januar 1911 an in Kraft trete und nur dann, wenn die auf der Konferenz nicht vertretenen europäischen Staaten und auch Japan beigetreten sind. Großbritannien und Schweden haben dem Verbot auch in dieser Form nicht ihre Zustimmung erteilt, Großbritannien namentlich in der Meinung, daß die im Jahre 1900 erlassenen Verhütungsmaßregeln jeden Ausbruch der Phosphornekrose hintanhalten würden, eine Hoffnung, die sich nicht bestätigt hat. Die japanische Regierung erklärte auf eine Anfrage, daß sie für den Augenblick nicht in der Lage sei, dem Vertrage beizutreten. Im September d. J. erfolgte eine erneute Zusammenkunft der Regierungsvertreter, um die endgültigen Vereinbarungen zu unterzeichnen. Das Resultat war ein wenig erfreuliches, denn außer den 5 Ländern, Dänemark, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz, welche das Verbot des weißen Phosphors zur Herstellung von Zündhölzchen bereits gesetzlich festgelegt hatten, traten nur Italien und Luxemburg neu der Konvention bei. Die Bedenken der übrigen Staaten konnten nicht zerstreut werden. Die größten, aber nicht gerechtfertigten Befürchtungen hegten die widerstrebenden europäischen Staaten wiederum vor der Konkurrenz Japans, aber nach zuverlässigen Nachrichten besteht der Hauptexport dieses Landes aus nichtgiftigen Zündhölzchen. Der Verzichtleistung auf den weißen Phosphor stehen auch keine technischen Bedenken entgegen. Die Erkenntnis, daß die Tage dieses giftigen Stoffes trotz aller Widerstände gezählt sind, hat längst schon die Chemie dahin gedrängt, geeignete Ersatzstoffe zu suchen. Die Masse für die sogenannten schwedischen Zündhölzer ist völlig frei von Phosphor, und nur die Reibfläche der Schachteln enthält den ungiftigen roten oder amorphen Phosphor. Der allgemeinen Einführung dieser Zündhölzchen steht jedoch neben dem höheren Preise der Umstand entgegen, daß sie einer besonderen Reibfläche und dadurch einer Verpackung in Schachteln bedürfen. Daß sie z. B. auf glattem Papier mit fester Unterlage entzündbar sind, kommt nicht in Betracht. Als zweckmäßiger und

nichtgiftiger Ersatz des weißen Phosphors wird das Phosphorsesquisulfid (P_3S_4) bezeichnet, welches u. a. in Frankreich und in der Schweiz umfangreiche Verwendung findet. Auch die deutschen Fabrikanten werden, soweit ich unterrichtet bin, vom 1. Januar 1907 an Veranlassung nehmen, sich dieses Präparates zu bedienen. Es fragt sich jedoch, ob die Annahme, daß das Phosphorsesquisulfid in der Tat ungiftig sei, zutrifft, zumal in der Huch'schen Patentschrift selbst ausgesprochen wird, daß man durch Schmelzen von Phosphor mit Schwefel, auf welchem Wege bekanntlich das Phosphorsesquisulfid gewonnen wird, niemals ein ungiftiges Produkt erhält, da hierbei die Temperatur eine so hohe wird, daß mit der steigenden Wärme auch steigende Mengen gelben, giftigen Phosphors entstehen. Voraussichtlich werden sich auch die Reichsbehörden mit dieser Frage befassen, und ich selber behalte mir vor, behufs Feststellung einer etwaigen Giftigkeit dieses Präparates umfangreiche Tierexperimente anzustellen. Auch Sulfophosphit, eine Verbindung von Phosphortrisulfid oder Phosphorpentasulfid mit Zinksulfid, wurde als Ersatzmittel empfohlen, doch scheint es nirgends eine nennenswerte Verwendung gefunden zu haben. Geben wir selbst zu, daß der rote Phosphor, wie das Phosphorsesquisulfid und auch das Sulfophosphit völlig unschädliche Substanzen sind, so müssen wir immer noch in Erwägung ziehen, daß die Darstellung dieser Präparate die Gewinnung des giftigen weißen Phosphors voraussetzt und daß auch hierbei eine Gefährdung der Arbeiter nicht ausgeschlossen ist. Es ist deshalb mit Freude zu begrüßen, daß es den langjährigen Bemühungen von Gans gelungen ist, ein Zündsalzgemisch zu erfinden, welches vollkommen frei von Phosphor ist. Die hieraus gefertigten Zündhölzchen sind an jeder indifferenten Reibfläche, selbst in urväterlicher Weise an den Beinkleidern entflammbar. So ist auch dem Bedürfnis und der Sitte derjenigen Volksschichten Rechnung getragen, welche die Verwendung von Schachteln zurückweisen und die Hölzchen lose in ihrer Tasche tragen wollen. Auch in letzterer Beziehung verdienen die neuen Zündhölzchen vor den phosphorhaltigen den Vorzug, weil sie sich nicht so leicht wie diese durch Aneinanderreiben entzünden.

Soweit sich bisher überblicken läßt, sind die Arbeiter bei der Herstellung und Verarbeitung des neuen Zündsalzgemisches keiner gesundheitlichen Gefahr ausgesetzt, es entwickeln sich hierbei keine gesundheitsschädlichen Stoffe, weder in Gas-, noch Dampf- oder Staubform, so daß die ausschließliche Verwendung der Riedelhölzer, wie wir sie kurz bezeichnen wollen, auch vom Standpunkte der gewerblichen Gesundheitspflege aufs wärmste empfohlen werden muß. Aus diesen Ausführungen geht unzweifelhaft hervor, daß die Technik bei der Fabrikation von Zündhölzchen jeder Phosphorverbindung, sicherlich des giftigen weißen oder gelben Phosphors entraten kann, und da auch das Vorgehen mehrerer Länder bewiesen hat, daß die Zündholzindustrie sich den veränderten Verhältnissen gut anpassen kann, so dürfen wir uns mit den Erfolgen der Berner Konvention keineswegs zufrieden geben. Sache der gesamten nationalen Sektionen für gesetzlichen Arbeiterschutz wird es sein, mit vermehrter Aufmerksamkeit das Auftreten von Phosphornekrose unter den Zündholzarbeitern zu verfolgen, entsprechend dem Beschlusse der Internationalen Vereinigung vom 29. September d. J. geeignete Sachverständige mit dieser Aufgabe zu betrauen und alle bekannt gewordenen Fälle dem Internationalen Arbeitsamte als der zuständigen Sammelstelle zu melden. Handelt es sich auch selbst nur um Hunderte von Arbeiterleben, die alljährlich vor Siechtum bewahrt bleiben, so dürfen wir doch nicht eher ruhen, bis auch diese Gefahr beseitigt ist, da bei dem jetzigen Stand der Technik jeder Fall

von Nekrose ein Verbrechen ist, das die Industrie an der Arbeiterschaft begeht. Nur der erste Spatenstich ist in Bern getan; wir müssen weiter graben und die noch harte Erde fleißig bearbeiten, bis endlich aus ihr die erhoffte Saat hervorsprießt.

Druckschriften-Einlauf.

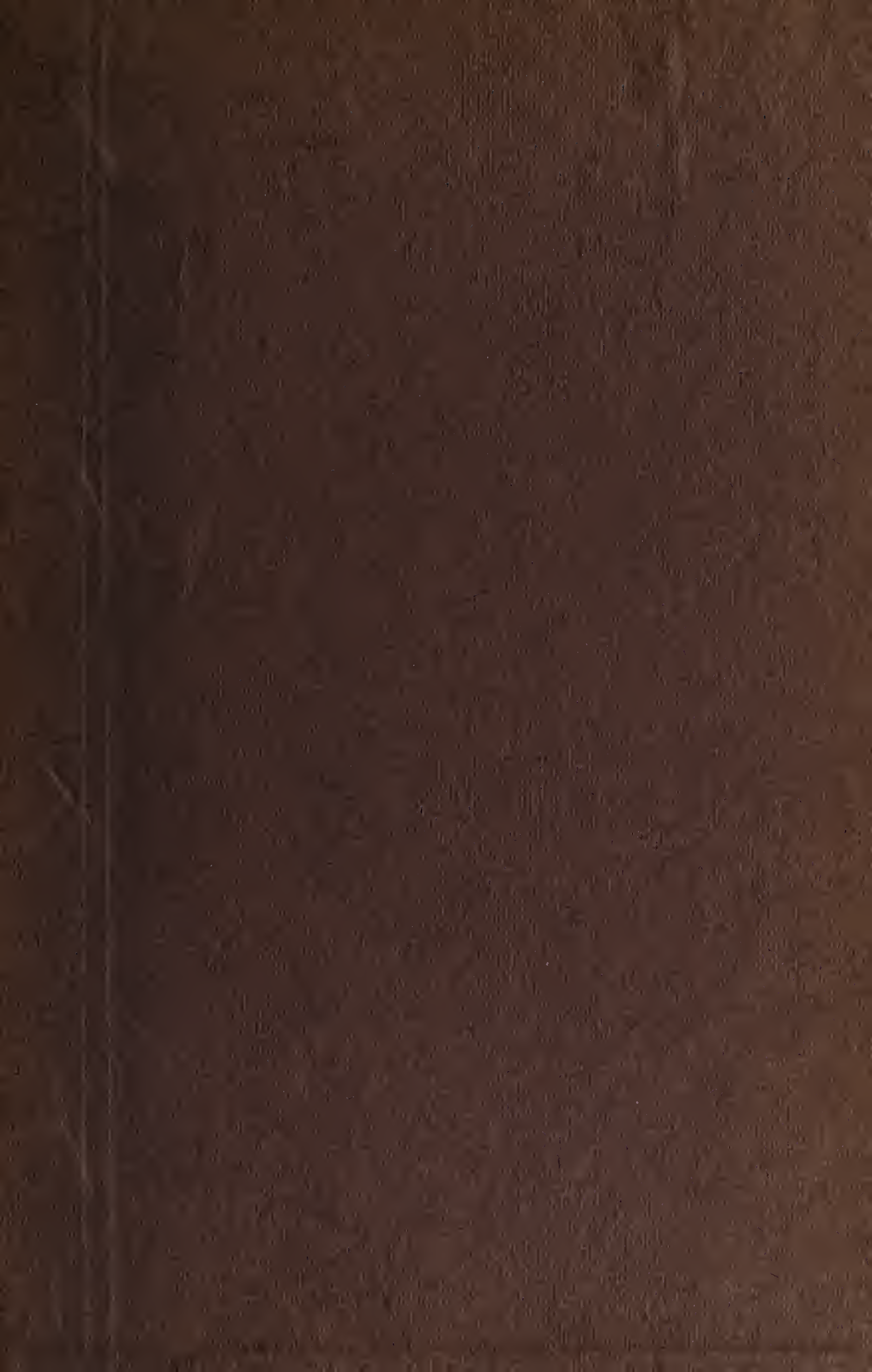
G. Temme, Die Säuglingssterblichkeit in Nordhausen. Nordhausen, Selbstverlag (0,30 M.). — G. Sobernheim, Leitfaden für Desinfektoren. Halle a. S. 1907, C. Marhold (0,40 M.). — E. Pietrzikowski, Die Begutachtung der Unfallverletzungen. 2 Bde., Berlin, Fischer's Medizin. Buchhandl. H. Kornfeld, 1904 u. 1907 (4,50 M. u. 13,00 M.). — A. Nuesch, Zur Tuberkulosefrage mit besonderer Berücksichtigung der Bekämpfung der Rindertuberkulose. St. Gallen 1907, L. Kirschner-Engler (2,50 M.). — L. Eisenstadt, Zur Würdigung und Vereinfachung der ärztlichen Begutachtung in der Krankenversicherung. Sonderabdr. aus Ärztl. Sachverständigen-Ztg., 1907, Nr. 5. — W. v. Kalckstein, Die im Deutschen Reiche erlassenen Vorschriften über Benutzung und über Beschaffenheit von Wohnungen. Bremen 1907, G. Winter. — M. Bollag, Die Verbreitung der Lungentuberkulose im Kanton Basellandschaft. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. schweiz. Statistik, Jahrg. 1907. — E. Rumpf, Die Prognose der Lungentuberkulose. Sonderabdr. aus Deutsche Med. Wochenschr., 1907, Nr. 9. — H. Rohleder, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. 2. Aufl., Berlin 1907, Fischer's Medizin. Buchhandl. (H. Kornfeld) (10,00 M.). — R. Sand, La Simulation et l'Interpretation des Accidents du Travail. Bruxelles 1907, H. Lamartin. — J. Bongardt, Die Naturwissenschaften im Haushalt. Aus Natur und Geisteswelt, 125. u. 126. Bändchen, Leipzig 1907, B. G. Teubner (2,50 M.). — P. Gerber, Die menschliche Stimme und ihre Hygiene. Aus Natur und Geisteswelt, 136. Bändchen, Leipzig 1907, B. G. Teubner (1,25 M.). — E. Pütter, Die Bekämpfung der Tuberkulose innerhalb der Stadt. Ein Beitrag zur Wohnungsfrage. Erfahrungen aus den Berliner Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke, Berlin 1907, R. Schoetz (0,60 M.). — H. Ferdy, Die Mittel zur Verhütung der Konzeption. Eine Studie für Ärzte und Geburtshelfer, 8. Aufl., Leipzig 1907, M. Spohr (2,40 M.). — Derselbe, Die Stellungnahme des Arztes gegenüber dem Verlangen nach Konzeptions-Verhütung im Volke. Die Mittel zur Verhütung der Konzeption, Teil II. Leipzig 1907, M. Spohr (1,00 M.). — F. Lorentz, Die Beziehungen der Sozialhygiene zu den Problemen sozialer Erziehung. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. d. Erforschg. u. Behandlg. des jugendlichen Schwachsinns, I. Bd. — A. Celli, Antagonismi igienico-economici. Estratto dal „Ramazzini“ Giornale Italiano di Medica Sociale, I, 1. — Erhebungen über die Arbeitszeit der in Plättanstalten und in nicht als Fabriken oder Werkstätten mit Motorbetrieb anzusehenden Waschanstalten beschäftigten Personen. Drucksachen des Kaiserl. Statistischen Amts, Abteilung für Arbeiterstatistik. Erhebungen Nr. 4, Berlin 1907, C. Heymann. — Die Regelung des Arbeitsverhältnisses bei Vergebung öffentlicher Arbeiten. Bearbeitet im Kaiserl. Statist. Amt, Abteilung für Arbeiterstatistik. Beiträge zur Arbeiterstatistik Nr. 6,

Berlin 1907, C. Heymann. — Verhandlungsbericht der IV. Generalversammlung des Komitees der Internationalen Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz in Genf vom 26.—29. September 1906. Jena 1907, G. Fischer. — H. Schwiening, Beiträge zur Kenntnis der Verbreitung der venerischen Krankheiten in den europäischen Heeren sowie in der militärpflichtigen Jugend Deutschlands. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens, Heft 36. Hrsg. von der Medizinalabteilung des Königl. Preuß. Kriegsministeriums. Berlin 1907, A. Hirschwald. — C. Hamburger, Die neueren Arbeiten über die Stilling'sche Theorie. Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Augenheilk., Bd. XVII, H. 1. — J. Donath, Die Alkoholfrage in der österr.-ungar. gemeinsamen und Honvédarmee und in den ungarischen Sportsvereinen. Sonderabdr. aus Alkoholgegner, VI. Jahrg., Nr. 6. — J. Donath, Der Arzt und die Alkoholfrage. Sonderabdr. aus Wiener mediz. Wochenschr., 1907, Nr. 7—9. — M. Bollag, Tuberkulosebekämpfung und Krankenversicherung. Sonderabdr. aus Schweiz. Blätter für Wirtschafts- und Sozialpolitik, XIV. Jahrg., H. 19—20. — K. Boas, Über den gegenwärtigen Stand der Alkoholfrage. Sonderabdr. aus der Gesundheit in Wort und Bild, IV. Jahrg., H. 3. — O. Kunow, Die Heilkunde „Verdeutschung der entbehrlichen Fremdwörter aus der Sprache der Ärzte und Apotheker", V. Aufl. Berlin 1907, Verlag des Allg. Deutschen Sprachvereins (0,60 M.). — Erhebung über die Arbeitszeit der Gehilfen und Lehrlinge im Fleischergewerbe, II. Teil. Veranstaltet im Sommer 1905. Bearbeitet im Kaiserl. Stat. Amt, Abteil. f. Arbeiterstatistik und im Kaiserl. Gesundheitsamt. Berlin 1907, C. Heymann. — R. Lennhoff, Walderholungsstätten und Genesungsheime. Sonderabdr. aus D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege, XXXIX, 1. — K. W. F. Boas, Wie soll sich die Bekämpfung der Genußgifte in den breitesten Volksschichten gestalten? Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Krankenpfl., 1907, Nr. 3. — Die Krankenversicherung im Jahre 1904. Bearbeitet im Kaiserl. Stat. Amt (Referent: P. Mayet), Berlin 1907, Puttkammer & Mühlbrecht (5,00 M.). — L. Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit für die Unfall- und Invaliditäts-Versicherungs-Gesetzgebung, 5. neubearb. u. vermehrte Aufl. Berlin 1907, R. Schoetz (14,00 M.). — A. Pfeiffer, XXII. Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene, Jahrg. 1904. Braunschweig 1907 (14,00 M.). — A. Rabe, Ärztliche Wirtschaftskunde mit besonderer Rücksicht auf Buchführung, Gebührenwesen und soziale Gesetzgebung. Leipzig 1907, Dr. Werner Klinkhardt (6,00 M.). — K. Schneider, Das preußische Gesetz betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Breslau, J. U. Kern (Max Müller) (5,00 M.). — L. Ascher, Die Rauchbekämpfung in England und Deutschland. Sonderabdruck aus D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. — L. Lewin, Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufs von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betriebe. Sonderabdr. aus den Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts, 1907, Nr. 5. — M. Fiebig, Rachitis als eine auf Alkoholisation und Produktionserschöpfung beruhende Entwicklungsanomalie der Bindesubstanzen. Sonderabdr. aus Beiträge z. Kinderforschung und Heilerziehung, H. XXVIII, Langensalza 1907, H. Beyer & Söhne (0,75 M.). — Drucksachen des Beirats für Arbeiterstatistik. Verhandlungen, Nr. 17. — Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin. 30. Jahrgang enthaltend die Statistik des Jahres 1905 (zum Teil auch 1906). Hrsg. von H. Silbergleit. Berlin 1907, P. Stankiewicz. — D. Rothschild, Die Stellung der offenen Kurorte im Kampfe gegen die Tuberkulose. Sonderabdr. aus Berl. klin. Wochenschr., 1907, Nr. 16.

— W. Hanauer, Der Gang der Sterblichkeit in Frankfurt a. M. vom Mittelalter bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts. — Die Gebarung und die Ergebnisse der Krankheitsstatistik der nach dem Gesetz vom 30. März 1888, RGBl. Nr. 23, betr. die Krankenversicherung der Arbeiter, eingerichteten Krankenkassen im Jahre 1904. Wien 1907, K. k. Hof- und Staatsdruckerei. — Die Gebarung und die Ergebnisse der Unfallstatistik der im Grunde des Gesetzes vom 28. Dezember 1887 (RGBl. Nr. 1 ex 1888), betr. die Unfallversicherung der Arbeiter, errichteten Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten im Jahre 1904. Wien 1907, K. k. Hof- und Staatsdruckerei. — L. Lewin, Protection des ouvriers dans les industries toxiques. Projet de préservation par l'enseignement. Extrait des Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale, 1907, Avril. — L. Laquer, Der Warenhausdiebstahl. Halle 1907, C. Marhold (1,00 M.). — J. Burns, Arbeit und Trunk, Vortrag. Wien 1907, Brüder Suschitzky (0,40 M.). — L. Knöpfel, Über die spezifische Sterblichkeit der beiden Geschlechter. Sonderabdr. aus dem Allg. Stat. Archiv, VII. Bd., 1. Halbband. Tübingen 1907. — Enseignement public et privé 1903 et 1904 (et 1905 en partie). Communications statistiques publiées par le Bureau municipal de Statistiques d'Amsterdam. Amsterdam 1907, J. Müller. — Ungarisches Statistisches Jahrbuch. N. F., XIII. Bd., 1905. Im Auftr. des kgl. ungar. Handelsministers verfaßt und herausgegeben vom kgl. ungar. statist. Zentralamt. Budapest 1907 (5,00 Kr.). — Volkszählung in den Ländern der Ungar. Krone im Jahre 1900. VI. Teil. Einige Details der Berufstätigkeit der Bevölkerung, ferner Statistik der Unternehmungen. Budapest 1906 (6,00 Kr.). — Dasselbe, VII. Teil. Berufstätigkeit der Bevölkerung kombiniert mit den wichtigeren demographischen Angaben. Im Auftr. d. kgl. ungar. Handelsministers verf. u. hrsg. v. kgl. ungar. statist. Zentralamt. Budapest 1906 (4,00 Kr.). — — Mortalitätstafel der Länder der Ungarischen Krone auf Grund der Volkszählungsangaben vom Jahre 1900 und der Volksbewegungsangaben für die Jahre 1900 und 1901. Im Auftr. d. kgl. ungar. Handelsministers verf. u. hrsg. v. kgl. ungar. statist. Zentralamt. Budapest 1906 (5,00 Kr.). — Meinert, Die „Trinkfestigkeit" vom ärztlichen Standpunkt aus. Sonderabdr. aus der Alkoholfrage, IV, H. 1. — Krankenkassen und freie Arztwahl. Erwiderung auf die Denkschrift der Handelskammer M.-Gladbach vom 28. Februar 1907 vom Vertrags-Ausschuß der Ärzte von M.-Gladbach und Umgegend. — Erhebung über die Arbeitszeit im Binnenschiffahrts-Gewerbe. Bearb. im Kaiserl. Statist. Amt. Abteil. f. Arbeiterstatistik, Erhebungen Nr. 7. — Jahresbericht des Vereins Säuglingsschutz in Wien für das Jahr 1906. Wien 1907, Verlag des Vereins. — Jahresbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Berlin über das Jahr 1905. — H. Stadelmann, Das nervenkranke Kind in der Schule. Magdeburg 1907, Faber'sche Buchdruckerei (0,50 M.). — K. Singer, Die Bevölkerungsbewegung in München im Jahre 1906 im Vergleich mit den Vorjahren. Statistisches Amt der Stadt München. — W. Weinberg, Die familiäre Belastung der Tuberkulösen und ihre Beziehungen zu Infektion und Vererbung. Sonderabdr. aus Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, VII, 3. — F. Lorentz, Wohnungsnot und Schulhygiene. Sonderabdr. aus Das Schulzimmer, V, 1. — G. Heymann, Das tuberkulöse Weib in der Schwangerschaft und der Arzt. Sonderabdr. aus Medizinische Klinik, 1907, Nr. 19. — E. Neter, Muttersorgen und Mutterfreuden. Wie erhalten wir unsere kleinen Kinder gesund? Verlag der Ärztl. Rundschau (O. Gmelin), München 1907 (1,20 M.). — G. Vorberg, Freiheit oder gesundheitliche Überwachung der Gewerbsunzucht? Verlag der

Ärztl. Rundschau (O. Gmelin), München 1907 (1,50 M.). — Der Alkoholismus. Seine Wirkungen und seine Bekämpfung. Hrsg. vom Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus in Berlin. Aus Natur und Geisteswelt, 145. Bändchen, Leipzig 1906, B. G. Teubner (1,25 M.). — A. Kohn, Unsere Wohnungs-Enquete im Jahre 1906. Berlin 1907, Verlag der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker. — Geschäftsbericht der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker, 1906. — Nietner, Der Stand der Tuberkulose-Bekämpfung im Frühjahr 1907. Berlin 1907, Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. — E. Rumpf, Prophylaxe oder Therapie der Lungentuberkulose? Sonderabdr. aus Zeitschr. f. Tuberkulose, Bd. IX, H. 1. — Ensch, L'hygiène et le droit. Extrait de la Revue de l'Université de Bruxelles. Mai-juin 1907. — L. Lewin, Die Grundlagen für die medizinische und rechtliche Beurteilung des Zustandekommens und des Verlaufs von Vergiftungs- und Infektionskrankheiten im Betriebe. Berlin 1907, C. Heymann (0,80 M.). — Soweit die eingesandten Publikationen aus Platzmangel in der „Zeitschrift für Soziale Medizin“ nicht besprochen werden können, werden sie im „Jahresbericht über Soziale Hygiene“, hrsg. von A. Grotjahn und F. Kriegel, der alljährlich im Juni erscheint, eine Besprechung finden. Daselbst vgl. auch Chronik, Kongresse, Gesetzestafel und vollständige Bibliographie der Sozialen Hygiene und der Sozialen Medizin.

Namenverzeichnis.




UNIVERSITY OF ILLINOIS-URBANA
3 0112 110716104